



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS- ASENTEET KORKEAKOULUOPIISKELI- JOILLA**

Anna Leppänen

Essi Leskinen

Opinnäytetyö  
Elokuu 2016  
Hoitotyön ohjelma  
Terveystieteiden koulutus



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön ohjelma  
Terveystieteiden koulutus

LEPPÄNEN ANNA & LESKINEN ESSI:  
Seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteet korkeakouluopiskelijoilla

Opinnäytetyö 78 sivua, joista liitteitä 9 sivua  
Elokuu 2016

---

Opinnäytetyö toteutettiin osana Tampereen ammattikorkeakoulun ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ViVa-hanketta ja siihen kuuluvia asennekartoituksia. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla 18–35-vuotiaiden korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteita. Opinnäytetyön tutkimusongelmina oli selvittää millaisia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä asenteita opiskelijoilla on ja miten erilaiset taustamuuttajat vaikuttavat asenteisiin. Lisäksi yhdellä tutkimusongelmalla haluttiin selvittää miten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen ja siihen liittyvän tiedon saaminen koetaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli edistää nuorten tietoa terveysvalintojensa vaikutuksesta seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella Tampereen ammattikorkeakoulun opiskelijoilta (N=203). Vastaajien sukupuolijakauma oli hyvin tasainen ja vastaajien iän moodi oli naisilla 21 vuotta ja miehillä 22 vuotta. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla.

Tutkimukseen vastanneet opiskelijat olivat kiinnostuneita seksuaali- ja lisääntymisterveydestään sekä hedelmällisyydestään, ja suurin osa vastaajista halusikin saada lapsia tulevaisuudessa. Opiskelijat kuitenkin kokivat haastavaksi lastenhankinnan sovittamisen opintoihin ja työelämään siirtymiseen. Osa kyselylomakkeen väittämistä koski hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Näissä väittämässä opiskelijat olivat varsin valveutuneita, mutta naisvastaajat jonkin verran miehiä enemmän. Sukupuoli vaikutti taustamuuttajista useimmin asenteisiin ja tietämykseen myös muissa väittämässä. Miehet esimerkiksi suhtautuivat sukupuolitaudeilta suojautumiseen vähemmän ehdottomasti kuin naiset. Myös vastaajan aikeet hankkia lapsia tulevaisuudessa vaikuttivat asenteisiin monilta osin. Tulosten hyödyntämisen kannalta on merkityksellistä, että yli puolet opiskelijoista ei kokenut tarpeelliseksi saada lisätietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä, vaan he luottivat omaan kykyynsä löytää luotettavaa terveystietoa ja apua seksuaaliterveyden ongelmiin tarvittaessa.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää sekä yksilötason terveysneuvonnassa, esimerkiksi opiskeluterveydenhuollossa, että yhteisöjen terveyden edistämisessä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä on tutkittu asenteiden näkökulmasta melko vähän. Jatkossa esimerkiksi laadullinen tutkimus aiheesta voisi tuoda syvempää tietoa niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymisen taustalla. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä asenteita olisi perusteltua tutkia myös lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan ja sen vaikuttavuuden näkökulmasta esimerkiksi verrokkitutkimuksena.

---

Asiasanat: seksuaaliterveys, lisääntymisterveys, terveysasenteet, korkeakouluopiskelijat

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care  
Public Health Nursing

LEPPÄNEN ANNA & LESKINEN ESSI:  
Attitudes to Reproductive Health among University Students

Bachelor's thesis 78 pages, appendices 9 pages  
August 2016

---

The purpose of this thesis was to describe attitudes to reproductive health among university students. The aim of this study was to improve university students' knowledge about the connection between their health behaviour and reproductive health.

The approach of this study was quantitative. The data were collected from students of Tampere University of Applied Sciences, using a structured questionnaire. The sample consisted of 203 students representing the following Bachelor's degree programmes: engineering (43,3 %), business administration (22,2 %), hospitality management (17,2 %), and social services (17,2 %). The mode age of female students was 21 years and that of male students was 22 years. The groups of female and male respondents were almost equal in number. The collected data were analysed using SPSS software.

According to the results, students are interested in reproductive health and their fertility. Most of the students want to have children in the future, but joining up family, studies and moving into working life are considered challenging. Most of the students have a wide knowledge about the interrelationships between fertility and health behaviour. Respondents' gender and intention to have children are the most important background variables that impact on the attitudes and knowledge. It is remarkable that half of the students are not interested in receiving more information about reproductive health. Students seem to trust their own ability to find reliable information about reproductive health.

The findings of this study can be used to improve reproductive health promotion on individual and community levels. Reproductive health has not been studied much in the context of attitudes, and for that reason, further studies should be made. For example, a qualitative approach to the topic could deepen the comprehension of factors that have an influence on reproductive health behaviour.

---

Key words: reproductive health, attitude to health, university students

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TERVEYSASENTEET JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN.....	7
2.1	Terveyskäyttäytyminen, terveysasenteet ja niiden taustatekijöitä.....	7
2.2	Terveyskäyttäytymisen muutos .....	10
3	SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS TERVEYDEN EDISTÄMISEN NÄKÖKULMASTA.....	13
3.1	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden määritelmiä.....	13
3.2	Hedelmällisyyden suojeleminen .....	14
3.3	Lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta .....	16
4	NUORTEN AIKUISTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS ...	20
4.1	Korkeakouluopiskelijoiden yleinen terveys ja terveyskäyttäytyminen ...	20
4.2	Seksuaali- ja lisääntymisterveyden nykytila nuorilla aikuisilla.....	22
4.3	Perheen perustamisen ja lastenhankinnan trendejä Suomessa ja korkeakouluopiskelijoilla.....	25
5	TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	29
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	30
6.1	Kvantitatiivinen tutkimus .....	30
6.2	Aineiston keruu ja analyysi.....	31
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	35
7.1	Opiskelijoiden taustatiedot .....	35
7.2	Kiinnostus seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kohtaan .....	38
7.3	Elintapoihin liittyvät asenteet .....	41
7.4	Raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyyn liittyvät asenteet.....	44
7.5	Perheen perustamiseen ja sopivaan lastenhankintaikään liittyvät asenteet.....	46
7.6	Kokemukset seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvästä tiedon saamisesta .....	49
7.7	Yhteenveto tuloksista.....	52
8	POHDINTA.....	55
8.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	55
8.2	Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusaiheet .....	58
	LÄHTEET.....	64
	LIITTEET .....	70
	Liite 1. Yhteenveto hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä.....	70
	Liite 2. Kyselylomake .....	73
	Liite 3. Yhteenveto aineistossa esiintyvistä tilastollisista merkitsevyyksistä .	77

## 1 JOHDANTO

Nuoret aikuiset siirtävät perheen perustamista yhä myöhemmäksi, mikä on yksi syy sille, että suomalaisten syntyvyys on ollut laskussa koko 2010-luvun ajan. Erityisesti korkeakoulutettujen mielestä sopiva ikä lastenhankinnalle on korkeampi kuin muulla väestöllä. Korkeakoulutettujen mielestä sopiva ikä hankkia lapsia on naisilla noin 28 vuotta ja miehillä hieman yli 29 vuotta. (Miettinen 2015, 9, 31–32.) Myös todellisuudessa suomalaiset hankkivat ensimmäisen lapsensa melko myöhään, keskimäärin 28,6 vuoden iässä (THL 2015a, 3). Lastenhankinnan trendit ovat ristiriidassa sen kanssa, että erityisesti naisten hedelmällisin ikä osuu usein aikaan, kun he vielä opiskelevat. Naisten hedelmällisin ikä on noin 25-vuotiaana ja miehillä hieman myöhemmin 25–30 vuoden iässä. (Tiitinen & Perheentupa 2014, 11; Klemetti 2015, 371.) Syitä lastenhankinnan viivästyttämiselle ovat muun muassa yleinen ilmapiiri eli se millä sävyllä perheen perustamisesta puhutaan, opintojen suorittaminen loppuun, eteneminen työuralla, sopivan kumppanin puute, kypsymättömyyden tunne vanhemmaksi tulemiseen, ajan puute ja epävarma talous- ja työllisyystilanne (Ali-Löytty 2009, 40, 53; Klemetti, Gissler, Lammi-Taskula & Miettinen 2014, 172–173, 175; Miettinen 2015, 5, 16). Vaikka lapsettomuudenkin ihanne on yleistynyt viime vuosikymmenellä, monille se ei tarkoita halua jäädä lopullisesti lapsettomaksi, vaan vanhemmuutta tilapäisesti lykätään eri syistä (Miettinen & Szalma 2014, 50; Miettinen 2015, 28).

On vielä epäselvää kuinka paljon lapsettomuus sekä vaikeudet saavuttaa haluttua lapsilukua tulevat yleistymään tulevaisuudessa lastenhankinnan lykkäämisen vuoksi (Klemetti ym. 2014, 171). Nämä asiat tulee kuitenkin huomioida, sillä suomalaisista korkeakouluopiskelijoista jopa 94 % haluaa saada lapsia jossakin vaiheessa elämäänsä. On huolestuttavaa, että korkeakouluopiskelijoiden tietämyksessä esimerkiksi iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskauden riskeihin on selviä puutteita. (Virtala, Vilska, Huttunen & Kunttu 2011, 110–111; Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 29). Ikä on kuitenkin vain yksi, joskin hyvin merkittävä, hedelmällisyyteen vaikuttava tekijä. Tiedetään, että tulevien vanhempien terveyskäyttäytyminen vaikuttaa jo ennen raskaaksi tulemistä sekä hedelmöittymisen onnistumiseen, raskauden ja synnytyksen kulkuun että syntyvän lapsen terveyteen läpi tämän elämän (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 88). Keinoja, joilla tulevat vanhemmat voivat suojella sekä hedelmällisyyttään että tulevaa lastaan, ovat muun muassa normaalipainossa pysyminen, päihteettömyys, monipuolinen ravitsemus, stressin

välttämisen ja sukupuolitaudeilta suojautuminen (Anttila 2008, 2438–2441; Sharma, Biederharn, Fedor & Agarwall 2013, 2–6, 10).

Jotta nuorten aikuisten hedelmällisyyden suojeluun ja tahattoman lapsettomuuden ennaltaehkäisyyn voidaan löytää keinoja, on tunnettava ne syyt, jotka vaikuttavat nuorten aikuisten terveyskäyttäytymiseen ja lastenhankinta-aikeisiin. Liian monesti terveyden edistäminen perustuu vain tiedon antamiseen, vaikka tieto yksinään on riittämätön tuki terveyskäyttäytymisen muutokseen (Naidoo & Wills 2009, 138; Räsänen 2010, 112; Hankonen 2012, 76). Syyt terveyskäyttäytymisen taustalla ovat pelkkää tietoa monimutkaisempia psykologisia prosesseja. Esimerkiksi terveysasenteiden tiedetään vaikuttavan osaltaan terveyskäyttäytymiseen, ja pelkästään ne ovat seurausta yksilön tunteista, tiedosta, uskomuksista, motivaatiosta ja sosiaalisista normeista. (Naidoo & Wills 2009, 138–139; Räsänen 2010, 113).

Tämä opinnäytetyö toteutetaan osana Tampereen ammattikorkeakoulun ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ViVa-hanketta. Hankkeen virallinen nimi on: ”Terve raskaus, normaali synnytys: tietoa, tukea ja ohjausta perheen terveeseen elämäntapaan”. Hankkeen tavoitteena on lisätä nuorten ja perheiden tietoutta, taitoja ja mahdollisuuksia viisaisiin terveysvalintoihin. Yhtenä osana hanketta on luoda edellytyksiä hedelmällisessä iässä olevien nuorten ja nuorten aikuisten lisääntymisterveyden suojelemiseen. Tavoitteisiin pääsemiseksi hankkeen ensimmäisessä vaiheessa toteutetaan nuorille ja nuorille aikuisille asenneselvityksiä koskien heidän seksuaali- ja lisääntymisterveyttään. (ViVa-hanke n.d.) Tämä opinnäytetyö on yksi näistä asenneselvityksistä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla 18-35-vuotiaiden korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteita. Tutkimusongelmat tutkimuksessa ovat seuraavat: millaisia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä asenteita opiskelijoilla on, miten erilaiset taustamuuttajat vaikuttavat asenteisiin ja miten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen ja siihen liittyvä tiedon saaminen koetaan. Opinnäytetyön tavoitteena on edistää nuorten tietoa terveysvalintojensa vaikutuksesta seksuaali- ja lisääntymisterveyteen.

## 2 TERVEYSASENTEET JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

### 2.1 Terveyskäyttäytyminen, terveysasenteet ja niiden taustatekijöitä

Terveyskäyttäytymisen käsite on syntynyt jo 1960-luvulla ja sittemmin sitä on tarkennettu hieman eri tavoin näkökulmasta riippuen (Koivusilta 2011, 126). Nykyään terveyskäyttäytymisen on määritelty tarkoittavan yksilön käyttäytymistä ja toimintaa, joka edistää tai ylläpitää tämän terveyttä (Naidoo & Wills 2009, 305). Terveyskäyttäytyminen ei kuitenkaan aina ole objektiivisesti ajatellen terveyttä edistävää, vaan kyse on siitä, mitä yksilö itse pitää terveellisenä. Terveyskäyttäytymisen jaottelua mutkistaa edelleen se, että terveyttä edistävää toimintaa voidaan toteuttaa myös terveydelle haitallisella tavalla. Näin on esimerkiksi silloin, kun liiallinen liikunta johtaa ylikuormitukseen. (Koivusilta 2011, 126, 128–129.) Terveyskäyttäytymisen voidaan ajatella sisältävän myös terveydelle haitallista toimintaa, kuten tupakointi tai fyysinen inaktiivisuus. Terveyttä kuluttavilla totumuksilla yksilö pyrkii yleensä hallitsemaan stressiä, hakemaan virkistystä tai keinoja selvitä vaikeista elämäntilanteista. (Räsänen 2010, 110; Koivusilta 2011, 127–128.) Syyt terveyskäyttäytymisen taustalla ovat moninaisia ja ne liittyvät ihmisen henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, sosiaalisiin suhteisiin ja yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin. (Koivusilta 2011, 123.)

Terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä voidaan tarkastella esimerkiksi jakamalla ne vahvistaviin, mahdollistaviin ja altistaviin tekijöihin (Räsänen 2010, 111). Terveyskäyttäytymistä vahvistavia tekijöitä ovat asiat, jotka ylläpitävät toivottua terveyskäyttäytymistä. Vahvistava tekijä voi olla vaikkapa läheisen tai terveydenhoitajan antama tuki terveelliseen elämäntapaan. Mahdollistavat tekijät taas ovat taitoja ja resursseja, joita yksilö tarvitsee toteuttaakseen tiettyä terveyskäyttäytymistapaa. Näitä ovat esimerkiksi saatavissa olevat terveyspalvelut ja yksilön terveystaidot. (Räsänen 2010, 111, 113–114.) Käytössä olevat taidot ja resurssit ovat usein seurausta yksilön sosioekonomisesta asemasta, sillä esimerkiksi ammatti vaikuttaa yksilön taloudelliseen tilanteeseen, joka puolestaan vaikuttaa yksilön mahdollisuuksiin tehdä elintapoihin liittyviä valintoja. Näitä valintoja ovat esimerkiksi liikuntaharrastukset ja terveellisen elämän edellytyksiä tukeva asuinalue. Ihmisen mahdollisuudet vaikuttaa toiminnallaan terveyteensä ovat riippuvaisia hänen sosioekonomisesta asemastaan yhteiskunnassa, sillä sosioekonomiseen asemaan liittyy tietynlaisia fyysisiä oloja ja terveyskulttuureja. (Koivusilta 2011, 123, 125, 129.)

Terveyskäyttäytymiselle altistavia tekijöitä ovat uskomukset, arvot, tieto ja asenteet. Ne ovat keskenään hyvin samankaltaisia psykologisia tekijöitä terveyskäyttäytymisen taustalla. Uskomus tarkoittaa vahvaa uskoa siihen, että jokin ilmiö on tosi tai epätosi. Arvot taas ovat pitkälti tunteiden värittämiä uskomuksia ja kertovat siitä, mitä asioita ihminen pitää elämässä tärkeinä. Tieto puolestaan on siinä mielessä erityinen tekijä, että se yksinään johtaa vain harvoin terveyskäyttäytymisen muutokseen. Ajatellaan kuitenkin, että ihminen tarvitsee jonkin verran terveystietoa pystyäkseen elämään terveenä. (Naidoo & Wills 2009, 138; Räsänen 2010, 111–113.) Tieto auttaa terveellisten valintojen tekemisessä ja edistää ihmisen kykyä olla kriittinen tarjolla olevan terveystiedon suhteen. Kriittinen suhtautuminen on tärkeää muun muassa siksi, että median terveysaiheisilla julkaisuilla voi olla vaikutusta uskomusten syntyyn. (Koivusilta 2011, 130.) Altistaviin tekijöihin kuuluvat asenteet tarkoittavat taipumusta reagoida ja suhtautua asioihin jollakin yksilölle ominaisella tavalla. Terveysasenteiden taas voidaan määritellä olevan suhteellisen pysyviä terveysasioihin liittyviä asenteita, joihin yksilön uskomukset, motivaatio ja sosiaaliset normit vaikuttavat. (Naidoo & Wills 2009, 138–139; Räsänen 2010, 113.)

Kaiken kaikkiaan terveysvalintoihin liittyvä päätöksenteko on monimutkainen prosessi. Sitä kuvaa muun muassa se, että ihmisten asenteet koostuvat kahdesta osasta, jotka ovat kognitiivinen eli ihmisellä olevaan tietoon perustuva osa, sekä tunteisiin ja yksilön arvoihin perustuva osa. (Naidoo & Wills 2009, 70, 139.) Päätöksentekoa mutkistaa edelleen se, että esimerkiksi vahvat asenteet ja uskomukset voivat vaikuttaa päätöksentekoon enemmän kuin tieteellisesti osoitetut faktat eli tiedon ja tunteiden painoarvo ei välttämättä ole päätöksenteossa sama (Räsänen 2010, 112–113).

Yksilön sosiaalinen ympäristö voi vaikuttaa sekä terveyskäyttäytymiselle altistaviin että vahvistaviin tekijöihin. Sosiaalinen ympäristö voi ohjata yksilön terveyskäyttäytymistä sekä lähipiirin antaman mallin että laajemmissa ryhmissä vallitsevien käyttäytymissääntöjen välityksellä. Käyttäytymiseen vaikuttavat eniten lähimmät ystävät ja ne viiteryhmät, joihin yksilö itseään vertaa ja joiden kaltaisesti yksilö haluaa toimia. Esimerkiksi tietyssä ikäryhmässä vallitseva positiivinen suhtautuminen päihteisiin voi olla yksilön terveyskäyttäytymisen kannalta niin merkittävä tekijä, että terveysnäkökulma saatetaan sivuuttaa täysin, vaikka yksilö tietääkin päihteiden terveysriskeistä. Myös median luomat kuvat omasta viiteryhmästä vaikuttavat kyseisen ryhmän yksilöiden terveyskäyttäytymiseen. (Räsänen 2010, 113; Koivusilta 2011, 126–127, 130–131.)



Sosiaalisen ympäristön lisäksi sukupuolen on havaittu vaikuttavan terveyskäyttäytymiseen. Niin kutsutun sukupuolirooliteorian mukaan naisten ja miesten erilainen terveyskäyttäytyminen on ollut seurausta siitä, että yksilöt sosiaalistuvat vallitseviin sukupuolirooleihin. Naisilla on oletettu olevan matalampi kynnys hakeutua hoitoon, sillä he ilmaisevat tunteita miehiä helpommin, ja siitä johtuen heidän oireitaan diagnosoidaan enemmän. Miesten on ajateltu vähättelevän oireitaan ja viivyttävän hoitoon hakeutumista, sillä muunlainen käytös ei ole sopinut miehen sukupuolirooliin. Teorian soveltuvuutta nykymaailmaan on kuitenkin uudemmissa tutkimuksissa kyseenalaistettu, sillä yhteiskunnalliset muutokset ovat heikentäneet sukupuolinormeja (Riskä 2011, 65, 66–67). Esimerkiksi Pietilän (2008, 238–239) väitöstutkimuksessa maskuliinisuuteen usein liitetty riskinotto ja välinpitämättömyys terveydestä näyttäisivät olevan väistymässä moninaisemman terveysajattelun tieltä. Väitöstutkimuksessa haastatellut miehet näyttäytyivät terveystietoisina ja vastuuntuntoisina. Perinteisiä maskuliinisuuteen liittyviä mielipiteitä esitettiin vähemmän, lähinnä ryhmähaastattelutilanteissa ja sellaisissa yhteyksissä, kun ne eivät liittyneet mieheen itseensä.

Myös siviilisäädylä on vaikutusta terveyskäyttäytymiseen ja terveyseroihin. Siviilisäätäjien väliset terveyserot selittyvät pitkälti sosiaalisella tuella ja sen terveysvaikutuksilla, sillä kumppani on yksi tärkeimmistä sosiaalisen tuenantajista. Tutkimuksissa on kuitenkin arveltu, että kumppanin antamalla tuella on miehille suurempi merkitys kuin naisille. Naiset saavat yleensä sosiaalista tukea useammilta henkilöiltä lähipiirissään, minkä vuoksi kumppanin merkitys tuenantajana on suhteessa pienempi. Siviilisäätö voi vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen joko sosiaalisen tuen tai kontrollin välityksellä. Sosiaalinen tuki tarkoittaa esimerkiksi kumppanin kannustusta haitallisen elintavan lopettamiseen, kun taas sosiaalisessa kontrollissa elintavan lopettamiseen painostetaan kumppanin toimesta. On myös mahdollista, että avio- tai avioliitto on terveydelle haitallinen tekijä, mikäli kumppanit omaksuvat toistensa terveydelle haitallisia elintapoja. Yleisesti ottaen avo- ja erityisesti avioliitossa elävät ovat kuitenkin keskimääräistä terveempiä. (Joutsenniemi 2011, 87–88.)

## 2.2 Terveyskäyttäytymisen muutos

Sosiaalipsykologian käyttäytymisen muutosta koskevien teorioiden mukaan ihmisen käyttäytyminen on ainakin osittain seurausta hänen asenteestaan kyseistä käyttäytymistapa kohtaan. Toisaalta myös käyttäytymisen muutos voi joskus muuttaa asennetta, eikä ainoastaan toisin päin. Asenteiden ja uskomusten ollessa vahvoja, niiden ja terveyskäyttäytymisen muuttaminen voi olla hyvin vaikeaa ja aikaa vievää. Erityisesti kulttuuriin liittyvät ja aiempien epäonnistuneiden muutosyritysten kohteena olevat tavat ovat haasteellisia muuttaa. Asenteiden muuttuminen voi perustua esimerkiksi tiedon tarjoamiseen tai siihen, että yksilön taitoja tietyssä asiassa parannetaan. (Naidoo & Wills 2009, 138–139; Räsänen 2010, 110–113.) Räsänen (2010, 112) kuitenkin toteaa, että ”– tieto on välttämätön mutta yksinään riittämätön tekijä terveyskäyttäytymisen muutoksessa.” Myös Naidoo ja Wills (2009, 138) sekä Hankonen (2012, 76) kyseenalaistavat sitä, että terveyden edistäjät pitävät liian usein terveysopetusta ja -valistusta yksinään riittävänä keinona terveyskäyttäytymisen muutoksen tukemisessa.

Terveyskäyttäytymisen muutokseen liittyviä malleja on useita, ja ne perustuvat muutokseen yhteydessä oleviin psykologisiin tekijöihin. Terveystieteiden tulisi hyödyntää teoreettisia malleja interventioden toteutuksessa, sillä niiden tiedetään lisäävän onnistumisen mahdollisuutta terveyskäyttäytymisen muutoksessa verrattuna teoriaan pohjaamattomiin käytäntöihin. (Hankonen 2012, 75–76.) Vanhimmat terveystieteissä sovelletut mallit on kehitetty jo 1960-luvulla ja ne ovat enimmäkseen asenneteorioita. Asenneteoriat arvioivat miten asenteet ennustavat käyttäytymistä tai sen muutosta. Yksi ensimmäisistä ja laajimmin käytetyistä asenneteorioista on terveysuskomusmalli (The Health Belief Model). Hyvin samankaltainen on myöhemmin kehitetty terveyskäyttäytymisen prosessimalli (The Health Action Process Approach, HAPA). Kyseinen malli ottaa huomioon asenteiden lisäksi näkökulman itsesäätelystä. (Naidoo & Wills 2009, 138, 140–141; Absetz 2010, 9–10.)

Terveysuskomusmalli on tiivistettävissä neljään asiaan, jotka ovat edellytyksiä yksilön terveyskäyttäytymisen muutokselle. Ensinnäkin, jotta yksilö on halukas muuttamaan terveyskäyttäytymistään, hänen tulee uskoa, että hänen terveytensä on todennäköisessä vaarassa ja että kyseinen uhka on hänen terveydelleen vakava. Usein on niin, että vaara arvioidaan sitä pienemmäksi, mitä kauempana tulevaisuudessa ja mitä pienemmällä todennä-

köisyydellä sen arvioidaan toteutuvan. Ihmiset eivät yleensä usko esimerkiksi harvinaisten sairauksien osuvan omalle kohdalle. Vakava uhka puolestaan tarkoittaa tässä yhteydessä esimerkiksi kipua tai taloudellisia menetyksiä. Toisekseen yksilön tulee uskoa pystyvänsä muutokseen ja siihen, että terveyskäyttäytymisen muutoksesta on hänelle enemmän hyötyä kuin haittaa. Viimeisenä tekijänä terveyskäyttäytymisen muutoksessa on niin kutsuttu vihje toimintaan. Vihje tarkoittaa jotakin, mikä saa yksilön ryhtymään käytännön muutoksiin terveyskäyttäytymisessään. Se voi olla esimerkiksi negatiivinen muutos omassa olotilassa, läheisen sairastuminen tai terveydenhoitajan antama oikea-aikainen tuki muutokseen. (Naidoo & Wills 2009, 137, 140–142; Räsänen 2010, 112.)

Terveyskäyttäytymisen muutosmalli eli HAPA-malli on tekijöiltään hyvin samankaltainen kuin edellä esitelty terveysuskomusmalli. Myös siinä ajatellaan, että muutoksen hyötyjen tulee ylittää sen aiheuttamat haitat, yksilön tulee uskoa olevansa alttiina vakavalle terveysriskille sekä uskoa pystyvänsä muutokseen. Näistä tekijöistä muodostuu yksilön motivaatio ja aikomus muuttaa terveyskäyttäytymistään. Aikomus sellaisenaan siirtyy käytännön toimintaan vain harvoin, joten lisäksi tarvitaan toiminnan suunnittelua sekä muutoksen aloitus- että ylläpitovaiheessa. Toiminnan suunnittelu ja sen tavoitteellinen toteutus tekevät muutoksen vaiheet yksilölle konkreettisiksi. Tavoitteiden saavuttaminen taas mahdollistaa uusien taitojen oppimista, onnistumisen kokemuksia ja siten pystyvyyden tunteen kehittymistä. Pystyvyyden tunne ja suunnitelmallisuus ovat HAPA-mallissa keskeisiä tekijöitä. (Absetz 2010, 9–10; Hankonen 2012, 76.)

Mikään terveyskäyttäytymisen muutoksen malli ei ole täydellinen, mutta ne toimivat esimerkkeinä terveyskäyttäytymisen muutoksen psykologisista mekanismeista ja vaiheista. On myös havaittu, että parhaat tulokset syntyvät yhdistelemällä erilaisia malleja. (Turku 2007, 44; Absetz & Hankonen 2011, 2271.) Malleissa on kuitenkin joitakin yhdistäviä tekijöitä, joiden tiedetään vaikuttavan muutoksen onnistumiseen. Yhtenä tärkeimpänä tekijänä voidaan ainakin todeta, että muutosta ei tapahdu ilman yksilön sisäistä motivaatiota eli tässä tapauksessa omaa muutostarvetta. Sisäsyntyinen motivaatio myös johtaa kestävämpään muutokseen kuin ulkoinen motivaatio. (Naidoo & Wills 2009, 138; Absetz & Hankonen 2011, 2270.)

Miten sisäisen motivaation syntymistä voidaan sitten edistää? Yksi terveydenhuollossa paljon käytetty, vaikuttava ja vain vähäisiä resursseja edellyttävä vuorovaikutuksellinen

väline on motivoiva haastattelu. Sillä voidaan pitkäkestoisesti tukea sekä muutoshalukkuuden syntymistä että tavoitteellista toimintaa muutoksen myöhemmissä vaiheissa. (Naidoo & Wills 2009, 149; Absetz 2010, 11; Absetz & Hankonen 2011, 2267.) Motivoivaa haastattelua toteutetaan tehokkaimmin yksilön omaa vastuuta ja päätösvaltaa tukevilla menetelmillä, kuten aktiivisella kuuntelulla, reflektiolla ja avoimilla kysymyksillä. Motivoivan haastattelun menetelmillä voidaan muun muassa käsitellä muutosvastarintaa, vahvistaa muutospuhetta ja laatia tavoitteita ja suunnitelmia. (Turku 2007, 50–53; Absetz & Hankonen 2011, 2268.)

Muutostarpeen synnyttyä terveyden edistäjän parhaimpia keinoja auttaa näyttäisi olevan pystyvyyden tunteen vahvistaminen sekä muutoksen suunnittelu- että ylläpitovaiheessa (Hankonen 2012, 76). Hankosen (2011, 90) väitöstutkimuksessa havaittiin, että pystyvyyden tunteen vahvistaminen sekä konkreettiset tavoitteet ja toimintasuunnitelmat ovat hyödyllisiä muutosta haluavalle riippumatta tämän sukupuolesta, koulutustaustasta ja optimistisuudesta tai pessimistisyydestä muutoksen onnistumisen suhteen. Tietoakin voi ja täytyy muutoksen tueksi antaa, mutta tiedon jakamisen edellytyksenä on se, että tieto on ymmärrettävää, se soveltuu tiedon vastaanottajan elämäntilanteeseen ja sitä annetaan sopiva määrä. Myös terveyden edistäjän asiantuntevuudella ja aidolla välittämisellä on merkitystä ohjaustilanteen onnistumisen kannalta. (Absetz 2010, 9; Räsänen 2010, 114.)

### 3 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS TERVEYDEN EDISTÄMISEN NÄKÖKULMASTA

#### 3.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden määritelmiä

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsite on muotoutunut erillisistä seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden käsitteistä, joilla on keskenään päällekkäisyyksiä ja rinnakkaisuuksia, mutta kumpikaan ei ole toisensa ala- tai yläkäsite (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 10). Maailman terveysjärjestö WHO (n.d. a) määrittelee lisääntymisterveyden olevan mahdollisuus vastuulliseen, tyydyttävään ja turvalliseen seksielämään, mahdollisuus päättää omasta lisääntymisestä ja päästä palveluihin, jotka mahdollistavat turvallisen raskauden ja synnytyksen. Seksuaaliterveyden taas määritellään olevan seksuaalisuuteen liittyvä fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Käsite sisältää myös positiivisen lähestymistavan seksuaalisuuteen ja mahdollisuuden tyydyttäviin ja turvallisiin seksikokemuksiin. (WHO n.d. b.)

Hedelmättömyys on WHO:n (n.d. c) määritelmän mukaan tila, jossa nainen ei voi tulla raskaaksi, ylläpitää raskautta tai synnyttää elävää lasta. Suomenkielisessä kirjallisuudessa hedelmättömyyttä ja lapsettomuutta käytetään usein rinnakkain samaa tarkoittavina käsitteinä:

Hedelmättömyydellä tarkoitetaan tilannetta, jossa raskaus ei ole alkanut 1–2 vuoden kuluessa huolimatta säännöllisistä suojaamattomista yhdynnöistä. Heikentynyttä hedelmällisyyttä (subfertiliteettiä) voidaan arvioida tarkastelemalla aikaa, joka kuluu raskauden alkamiseen edellä kuvatussa tilanteessa. (Anttila 2008, 2439.)

Lapsettomuudella (infertiliteetillä) tarkoitetaan sitä, ettei pari vähintään vuoden kestäneen säännöllisen sukupuolielämän jälkeen ole saanut alkuun raskautta. Steriliteetti tarkoittaa pysyvää hedelmättömyyttä, subfertiliteetti taas heikentynyttä lisääntymiskykyä. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 175.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan lapsettomuus on kuitenkin myös sosiaalinen tila, kun taas hedelmättömyys ja heikentynyt hedelmällisyys ovat pikemminkin biologisia ja lääketieteellisiä ilmiöitä (THL 2016). Lapsettomuuden sosiaalista puolta kuvaa esimerkiksi se, että lapsettomuus voidaan jakaa tahattomaan ja tahalliseen lapsettomuuteen. Tahallisessa lapsettomuudessa lapsettomuus on tietoisesti valittu asia, kun taas tahattomassa lapsettomuudessa yli vuoden kestäneistä yrityksistä huolimatta raskautta ei

saada alulle tai se keskeytyy. (Ihme & Rainto 2015, 152; Klemetti 2015, 371.) Tahaton lapsettomuus on usein seurausta heikentyneestä hedelmällisyydestä. Syyt miehen heikentyneeseen hedelmällisyyteen löytyvät usein heikkolaatuisesta siemennesteestä tai ongelmista siemensyöksyssä (Tiitinen & Perheentupa 2014, 11). Naisilla tavallisia heikentyneen hedelmällisyyden syitä ovat munasolun irtoamishäiriöt, munanjohdinvauriot ja endometrioosi (Klemetti 2015, 371). Muita mahdollisia tahattoman lapsettomuuden syitä ovat muut fysiologiset syyt tai elämäntilanne, esimerkiksi sopivan kumppanin puute. (Miettinen 2015, 5; THL 2016.)

### 3.2 Hedelmällisyyden suojeleminen

Terveystila ja terveystottumukset ovat yhteydessä yksilön hedelmällisyyteen. Myös siikion ja tulevan lapsen terveyden tiedetään olevan osittain seurausta tulevien vanhempien terveydentilasta ja elintavoista jo ennen hedelmöitystä. Vanhempien terveys vaikuttaa tulevan lapsen terveyteen läpi elämän. Tämä voi näkyä lapsessa esimerkiksi kroonisina sairauksina tai niiden puuttumisena aikuisiällä. Jokainen yksilö voi omilla valinnoillaan suojella hedelmällisyyttään ja tulevien lastensa terveyttä. (Barker ym. 2002, 1237–1238; Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 88.)

Hedelmällisyyttä suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi normaalipainoisena pysyminen, tupakoimattomuus ja monipuolinen ruokavalio (Anttila 2008, 2439–2440). Hedelmällisyyteen siis vaikuttavat positiivisesti yleistä terveyttä ja hyvinvointia tukevat elintavat. Lisäksi hedelmättömyyden ennaltaehkäisyssä sopiva lastenhankintaikä sekä sukupuolitautien ehkäisy ja hyvä hoito ovat ensiarvoisen tärkeitä. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 175; Sharma ym. 2013, 1–2, 10; Tiitinen & Perheentupa 2014, 4.) Elintapojen lisäksi esimerkiksi osa sairauksista sekä elinympäristön ilmansaasteet ja kemikaalit vaikuttavat negatiivisesti hedelmällisyyteen (Alvarez 2015, 24; Klemetti 2015, 371). Näihin tekijöihin on kuitenkin elintapoja vaikeampi itse vaikuttaa, minkä takia ne jätetään tässä työssä käsittelemättä. Ilmansaasteista kuitenkin mainittakoon, että ainakin ympäristön tupakansavua on mahdollista ja syytä välttää, koska myös passiivinen tupakointi voi vaikuttaa hedelmällisyyteen siinä missä tupakointikin (Homan, Davies & Norman 2007, 211).

Elintavat, kuten ravinto ja liikunta, voivat vaikuttaa hedelmällisyyteen joko positiivisesti tai negatiivisesti (Sharma ym. 2013, 1). Esimerkiksi monipuolinen, muun muassa paljon

kasviksia ja hedelmiä sisältävä ruokavalio tutkitusti tukee yleistä terveyttä ja hedelmällisyyttä, mutta yhteys yksittäisten ravintoaineiden ja hedelmällisyyden välillä on vielä epäselvä. (Sharma ym. 2013, 2; Tiitinen & Perheentupa 2014, 4.) Ainakin kovien rasvojen välttämisen ja pehmeiden rasvojen riittävän saannin on todettu edistävän hedelmällisyyttä etenkin naisilla. Myös jotkut yksittäiset antioksidantit ja vitamiinit, kuten folaatti, tiedetävästi edistävät hedelmällisyyttä. Lisäksi kohtuullinen liikunta on terveyden ja hedelmällisyyden kannalta hyödyllistä, mutta kova liikuntaharjoittelu etenkin alipainoon yhdistettynä voi olla haitallista hedelmällisyydelle. (Anttila 2008, 2440; Sharma ym. 2013, 2, 4, 11.)

Yksittäisen elintavan tai terveystavan vaikutukset hedelmällisyyteen ovat kuitenkin rajalliset, sillä epäterveellisen elintavan vaikutus riippuu paljon ajasta ja annoksesta. Esimerkiksi alkoholin hedelmällisyyttä heikentävä vaikutus riippuu siitä, kuinka paljon, kuinka usein ja kuinka suurina kerta-annoksina alkoholia käytetään. (Anttila 2008, 2438.) Ainakin runsaalla käytöllä on selvä vaikutus naisen ja miehen hedelmällisyyteen, mutta tarkkaa rajaa hedelmällisyyden suhteen turvalliselle alkoholin käytölle ei ole pystytty asettamaan (Sharma ym. 2013, 8). Yksittäisten elintapojen vaikutusta hedelmällisyyteen on vaikeaa tutkia, koska muiden tekijöiden vaikutusta on vaikeaa poissulkea tutkimusasetelmasta. Elintapojen vaikutus hedelmällisyyteen on siis monen tekijän summa, ja haitallisten elintapojen vaikutus hedelmällisyyteen kumuloituu, mitä enemmän riskitekijöitä on. Kumuloitumista tapahtuu erityisesti naisilla. (Anttila 2008, 2438; Alvarez 2015, 24.)

Joidenkin yksittäisten tekijöiden hedelmällisyyttä alentava vaikutus on kuitenkin toisia selvempi. Ainakin iän, tupakoinnin, ali- ja ylipainaisuuden, anabolisten steroidien ja stressin vaikutus hedelmällisyyteen tunnetaan jo hyvin (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 175; Sharma ym. 2013, 1; Klemetti 2015, 371). Iän vaikutus hedelmällisyyteen on varsin suuri. Naisen hedelmällisyys on parhaimmillaan noin 25-vuotiaana ja se on heikentynyt todella merkittävästi jo 35-vuotiaana (Sharma ym. 2013, 2; Klemetti 2015, 371). Keskimäärin naisen menopaussi alkaa noin 45–50-vuotiaana, mutta jo 6–7 vuotta aiemmin kuukautiset alkavat olla epäsäännölliset, eikä munasolua irtoa enää joka kierron aikana. Munasolujen määrän vähetessä myös niiden laatu heikkenee. Esimerkiksi munasolujen kromosomihäiriöt lisääntyvät, mikä puolestaan lisää keskenmenoriskiä. (Sharma ym. 2013, 2; Litmanen 2015, 100.) Myös miehet ovat hedelmällisimmillään noin 25–30-vuotiaana, joskaan iän merkitys hedelmällisyyteen ei ole naisiin verrattuna yhtä suuri, sillä mies tuottaa uusia siittiösoluja koko elämänsä ajan (Tiitinen & Perheentupa 2014, 11). Miehen

hedelmällisyys alkaa tasaisesti heiketä noin 35 vuoden iässä, sillä ikääntyessä aleneva testosteronitaso vähentää siittiöiden määrää ja liikkuvuutta siemennesteessä. Myös miehillä DNA-vauriot sukusoluissa yleistyvät iän myötä. (Sharma ym. 2013, 1.)

Tupakoinnin vaikutukset hedelmällisyyteen ovat moninaiset. Miehillä tupakointi muun muassa vähentää siittiöiden määrää, liikkuvuutta ja hedelmöityskykyä, vääristää niiden rakennetta ja aiheuttaa DNA-vaurioita. Naisilla tupakointi esimerkiksi heikentää munasarjojen toimintaa, josta seuraavat hormonitoiminnan muutokset vaikeuttavat raskaaksi tulemistä. (Sharma ym. 2013, 5–6.) Hormonitoiminnan muutokset ovat syy hedelmällisyyden heikkenemiselle myös käytettäessä anabolisia steroideja. Anaboliset steroidit voivat jopa lamata kehon oman testosteronituotannon kokonaan, minkä seurauksena siittiötuotanto on heikkoa tai olematonta. Anabolisten steroidien käytön lopettamisen jälkeen hedelmällisyyden palautuminen voi kestää vuosia, ja sitä voidaan joutua myös lääketieteellisesti avustamaan. (Perheentupa & Rönkä 2009, 822–823.)

Liitteen 1 taulukossa on edellä mainittuja esimerkkejä yksityiskohtaisempi kuvaus siitä, miten elintavat ja lastenhankintaikä vaikuttavat hedelmällisyyteen naisilla ja miehillä. Taulukko on tehty mukaillen Tuomen ja Bothan (2016, 47) Terveystietä-lehdessä julkaistua taulukkoa luonnollisesta hedelmällisyydestä ja lisääntymisterveyteen vaikuttavista tekijöistä. Taulukon ulkopuolelle on myös tässä työssä jätetty sellaisia tekijöitä, joiden vaikutus hedelmällisyyteen on vain väliaikainen (esimerkiksi hedelmien torjunta-ainejäämät) tai joille altistumiseen ei merkittävässä määrin pysty itse vaikuttamaan (esimerkiksi ilmansaasteet) (Tuomi & Botha 2016, 46).

### **3.3 Lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta**

Kansainvälisessä kirjallisuudessa käytetään käsitettä pre-conception care and health kuvaamaan raskautta edeltävää ja lisääntymisterveyttä edistävää hoitoa. Suomenkielisessä kirjallisuudessa sille ei ole vakiintunutta vastinetta, mutta Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014–2020 se on suomennettu käsitteeksi lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito. Se sisältää raskauden kulkuun, synnytykseen ja syntyvän lapsen terveyteen vaikuttavan neuvonnan ja hoidon lisäksi kaiken raskautta edeltävän, muun muassa hedelmällisyyttä ylläpitävän, toiminnan jo silloin kun raskaus ei ole



vielä ajankohtainen. Kaikkien edellä mainittujen toimien tavoitteena on ehkäistä tahatonta lapsettomuutta, luoda edellytyksiä turvalliselle raskaudelle ja sikiön terveydelle. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 88.)

Lisääntymisterveyttä edistävällä neuvonnalla sekä pyritään lisäämään tietoutta että kannustamaan ihmisiä pitämään huolta ja tekemään tietoisia valintoja seksuaali- ja lisääntymisterveyttään koskien. Lisääntymisterveyttä edistävällä hoidolla tarkoitetaan mahdollisten sairauksien ja ongelmien hoitoa sekä pitkäaikaissairauksien, joilla on vaikutusta ihmisen lisääntymisterveyteen, saamista hyvään hoitotasapainoon. Lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito ovat tutkitusti tehokkaita seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 88). Esimerkkejä tehokkaiksi todistetuista käytännöistä ovat muun muassa foolihappolisän käyttöönotto raskautta suunniteltaessa ja alkuraskaudessa, lääkkeiden käytön ohjaus raskautta suunniteltaessa ja raskauden aikana sekä sukupuolitautilien ehkäisy ja hoito (THL 2014).

Lisääntymisterveyttä edistävää hoitoa ja neuvontaa annetaan muun muassa äitiysneuvoiloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa sekä ehkäisy- ja perhesuunnitteluneuvoiloissa. Lisääntymisterveyden edistämisen keinot tulisi ainakin näissä paikoissa aktiivisesti ottaa esille. (THL 2014.) Terveystieteidenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa, että seksuaaliterveyden edistämisen tulee sisältyä opiskeluterveydenhuoltoon. Opiskeluterveydenhuollon työntekijöiden on tärkeää huomioida, että seksuaalista kehitystä ja terveyttä tukevan neuvonnan tulee sisältyä niin terveystieteidenneuvontaan kuin terveystarkastuksiinkin (Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta... 338/2011). Brandtin (2013, 42) terveystieteiden pro gradu -tutkielmaan haastatellut opiskelijat itse toivovatkin, että esimerkiksi hedelmällisyysneuvontaa annettaisiin aktiivisesti osana yleistä terveystieteiden- ja elintapaneuvontaa ilman, että sitä tarvitsisi erikseen etsiä tai pyytää.

Brandtin (2013) haastattelemat opiskelijat myös suhtautuvat hedelmällisyysneuvontaan varsin myönteisesti, mutta suurimpana haasteena pidettiin sitä, kuinka neuvonta tavoittaa opiskelijat. Opiskelijat kokivat ajanpuutteen suurimmaksi syyksi sille, ettei heillä ollut aikaa pysähtyä miettimään tulevaisuuttaan ja esimerkiksi hedelmällisyyttään. Heidän mielestään olisi kuitenkin positiivista, jos hedelmällisyysneuvonnan avulla heidät pysäytettäisiin pohtimaan tulevaisuudensuunnitelmiaan. Tutkimukseen haastatelluista opiskelijoista suurin osa myös piti tärkeänä, että kaikilla olisi tarpeelliset tiedot hedelmällisyy-

teen vaikuttavista tekijöistä. Osa opiskelijoista kuitenkin arveli, että keskimäärin opiskelijoilla on jo valmiiksi tarpeeksi tietoa, mutta tieto ei välttämättä siirry käytäntöön hedelmällisyyttä suojeleviksi elintavoiksi. Kaikki eivät myöskään uskoneet, että itse muuttaisivat elintapojaan neuvonnan perusteella. Elintapojen muutosta pidettiin epätodennäköisenä erityisesti silloin, jos henkilö ei ajattele lastenhankinnan olevan lainkaan ajankohtainen aihe itselle. Hedelmällisyysneuvontaa aiheena ei pidetty arkana tai vaikeana, vaan opiskelijat arvioivat yhteiskunnallisen ilmapiirin olevan sen suhteen melko salliva ja aiheen kiinnostava. (Brandt 2013, 36–38, 40, 46, 48.)

Pidentyneet opiskeluajat luovat haasteita lisääntymisterveyttä edistävälle neuvonnalle, sillä iän myötä ehditään altistua yhä useammille hedelmällisyyttä alentaville tekijöille ja perheen perustamista saatetaan lykätä senkin vuoksi, ettei olla varmoja halutaanko lapsia hankkia. Opiskeluterveydenhuollon tulee huolehtia, että opiskelijoilla on riittävä tietous hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä, jotta heillä on edellytykset tehdä tietoisia valintoja lastenhankinnan suhteen. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 57.) Erityisesti iän vaikutusta hedelmällisyyteen tulisi terveystasvatuksessa ja perheneuvonnassa korostaa, sillä korkeakouluopiskelijoiden tietämys iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen on varsin heikko (Virtala 2011, 111). On myös syytä selvittää ja lisätä keinoja opiskelun ja perheen perustamisen yhteensovittamiseen, että yhdistäminen sujuisi mahdollisimman hyvin ja opiskelijat pitäisivät sitä entistä useammin mahdollisena vaihtoehtona. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 57). Myös miesten huomioimista lisääntymisterveyttä edistävässä neuvonnassa tulisi kehittää. Esimerkiksi Brandtin (2013, 47–48) haastattelemat opiskelijat kokivat hedelmällisyyskeskustelun olevan hyvin sukupuolittunutta ja miesten tietouden hedelmällisyydestä olevan heikompaa kuin naisilla.

Ideota lisääntymisterveyttä edistävälle neuvonnalle voidaan hakea myös ulkomailta. Esimerkiksi Ruotsissa on kokeiltu opiskeluterveydenhuollossa työskentelevien kättilöiden antaman ehkäisyneuvonnan uudenlaista laajentamista. Kokeiluun liittyvässä ruotsalais-tutkimuksessa selvitettiin Reproductive life plan (RLP) -malliin perustuvan ehkäisyneuvonnan etuja suhteessa tavanomaiseen ehkäisyneuvontaan. Reproductive life plan tarkoittaa lisääntymisterveyden edistämiseen kehitettyä välinettä, joka koostuu sarjasta lastenhankintaa liittyviä kysymyksiä. Sen tarkoituksena on rohkaista naisia ja miehiä reflektomaan omia haaveitaan ja ajatuksiaan lisääntymisestä ja lastenhankinnasta, ja löytää strategioita perhesuunnitteluun. Väline on tarkoitettu käytettäväksi sekä suullisessa että kirjallisessa neuvonnassa. Opiskelijanaisille toteutetun tutkimuksen tuloksena havaittiin,

että RLP-malliin perustuvaa neuvontaa saaneet olivat tietoisempia lisääntymisterveysasioista, esimerkiksi foolihapon vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja raskauteen, ja halusivat hankkia viimeisen lapsensa nuorempana kuin verrokkiryhmän naiset. (Stern, Larsson, Kristiansson & Tydén 2013, 2451, 2459.)

Yhdysvalloissa puolestaan on kokeiltu vuodesta 2007 asti Preconception Peer Educator (PPE) -ohjelmaa. Sen tarkoituksena kouluttaa yliopisto-opiskelijoita niin kutsutuiksi vertaiskouluttajiksi, jotka omilla kampuksillaan jakavat tietoa lisääntymisterveyden edistämisestä kanssaopiskelijoilleen. Ohjelman avulla halutaan edistää opiskelijoiden tietoutta ja kykyä tehdä tietoisia valintoja seksuaali- ja lisääntymisterveytensä suhteen, vaikka perheen perustaminen ei olisikaan vielä aikeissa. Yhdysvalloissa jopa puolet raskauksista on suunnittelemattomia, minkä vuoksi tarve nuorten tietoisuuden parantamiseksi on suuri. (U.S. Department of Health... 2015.)

Lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan ja hoidon sisällöt vaihtelevat siis maittain (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 89). Käytäntöjen eroja maiden välillä voi seurata myös siitä, että kansainvälisessä kirjallisuudessa lisääntymisterveyttä edistävä neuvonta ja hoito käsitetään laajemmin koskevaksi kaikkia hedelmällisessä iässä olevia naisia ja miehiä, ei pelkästään erityisryhmiä tai lisätietoa kaipaavia kuten Suomessa (THL 2014). Ulkomaisia käytäntöjä kuitenkin voisi ja kenties olisi syytäkin kokeilla myös suomalaisessa terveydenhuollossa.

## 4 NUORTEN AIKUISTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

### 4.1 Korkeakouluopiskelijoiden yleinen terveys ja terveystietäytyminen

Korkeakouluopintojensa alussa nuoret aikuiset ovat samanaikaisesti monien elämänmuutosten keskellä. Itsenäistyminen, opintoihin, sosiaalisiin suhteisiin ja taloudelliseen tilanteeseen liittyvät paineet aiheuttavat helposti stressiä ja uupumusta, jotka voivat johtaa muihinkin terveydellisiin ongelmiin. (Salmela-Aro 2011, 6; Schmidt 2012, 1–2.) Opiskelijoiden terveyteen vaikuttaa merkittävästi myös opiskeluaikana omaksuttu terveystietäytyminen, jota usein jatketaan myöhemmässä aikuisuudessa. Opiskelijoilla varsin tavallisia terveydelle haitallisia elintapoja ovat päihteiden käyttö, epäterveelliset ruokailutottumukset, kuten aterioiden väliin jättäminen, sekä fyysinen passiivisuus. Toisaalta tiettyjä haitallisia elintapoja, kuten tupakointi ja alkoholin käyttö, ovat vähentyneet opiskelijoiden keskuudessa viime vuosina. (Kunttu & Pesonen 2012, 93–95; Schmidt 2012, 2.)

Suomalaisten aikuisten koettu terveys on kohonnut selvästi viime vuosikymmenten aikana, eikä naisten ja miesten koetussa terveydessä ole merkitseviä eroja (Koskinen, Lunnqvist & Ristiluoma 2011, 77–78). Myös korkeakouluopiskelijat kokevat terveytensä pääsääntöisesti hyväksi. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa 2012 huonoksi tai melko huonoksi terveytensä arvioi vain 3 % opiskelijoista. Opiskelijoilla tavallisimpia itse koettuja terveysongelmia ovat väsymys, yläselän ja niskan vaivat sekä psyykkiset oireet. Miesopiskelijat kokevat terveytensä jonkin verran naisopiskelijoita paremmaksi. (Kunttu & Pesonen 2012, 38, 41–45.)

Suomalaisilla korkeakouluopiskelijoilla ylipainoa on varsin runsaasti ja sitä esiintyy sitä enemmän mitä vanhemmista opiskelijoista on kyse. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksesta ilmenee, että miesopiskelijoista ylipainoisia on jopa 41 %. Naisopiskelijoilla ylipaino on selvästi harvinaisempaa (23 %). Ylipainoisuus on jonkin verran yleisempää ammattikorkeakouluissa opiskelevilla kuin yliopisto-opiskelijoilla. On myös huomionarvoista, että lähes joka kymmenes naisopiskelija on alipainoinen ja todettua syömishäiriötä sairastaa 2 % naisopiskelijoista. Miesopiskelijoilla alipainoa on vain kahdella prosentilla ja todettu syömishäiriö 0,2 %:lla. Todettuja syömishäiriöitä on kuitenkin melko vähän siihen verrattuna, että kolmasosa naisista kertoo laihduttaneensa voimakkaasti jossakin vaiheessa elämäänsä, ja laihduttaminen on riistäytynyt hallinnasta noin

joka kymmenennellä. Hallitsematon laihduttaminen on hieman yleistynyt opiskelijoilla. (Kunttu & Pesonen 2012, 47–49).

Myös kuntoliikunnan harjoittamisaktiivisuus vähenee opiskelijan iän karttuessa. Terveysliikunnan suosituksiin verrattuna opiskelijoista vain vajaa kolmannes liikkuu riittävästi. Yliopisto-opiskelijat liikkuvat suosituksiin nähden hieman paremmin kuin ammattikorkeakoulujen opiskelijat. Lisäksi ammattikorkeakouluissa on hieman enemmän hyvin vähän liikkuvia opiskelijoita. Toisaalta runsaasti liikkuvien osuus on kasvanut jonkin verran kaikilla koulutussektoreilla. Positiivisena voidaan nähdä myös se, että asennoituminen liikuntaa kohtaan on muuttunut myönteisemmäksi opiskelijoiden keskuudessa. (Kunttu & Pesonen 2012, 60–63; Saari, Ansala, Pulkkinen & Mikkonen 2013, 37–38.) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa on selvitetty, kuinka moni opiskelija on joskus käyttänyt dopingaineita liikuntasuoritustensa tai ulkonäkönsä parantamiseksi. Miehistä dopingaineita on joskus elämässään käyttänyt 1,6 % ja naisista 0,4 %. Erityisen yleinen ilmiö on sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan miesopiskelijoilla, joista useampi kuin joka kymmenes käyttää tai on käyttänyt dopingaineita. (Kunttu & Pesonen 2012, 62.)

Nuorten aikuisten liikkumattomuudessa ja ylipaino-ongelmissa ei kuitenkaan todennäköisesti ole kyse siitä, että nuoret väheksyisivät terveellisiä elintapoja tai heillä ei olisi asiasta riittävästi tietoa. Ongelmissa on kyse pikemminkin länsimaalaisen elämäntyylin passiivisuudesta ja ajan puutteesta. Jopa puolella korkeakouluopiskelijoista ajan puute on merkittävä syy olla harrastamatta liikuntaa, mutta noin kolmanneksella kyse on myös motivaation puutteesta ja väsymyksestä (Kunttu & Pesonen 2012, 63; Saari ym. 2013, 40–41; Vanttaja ym. 2015, 140). Korkeakouluopiskelijoiden yhtenä terveydellisenä riskinä voidaan myös pitää runsasta istumista, jota on keskimäärin 9–10 tuntia päivässä. Opiskelijoiden istumisen määrä ylittää aikuistenkin keskimääräisen päivittäisen istumisen tunnilta. Tunnit istumiseen kertyvät muun muassa päivittäisestä luennoilla istumisesta, koulutöiden jatkamisesta kotona, vapaa-ajan toiminnoista ja mahdollisesta sivutoimisesta työstä, jossa joudutaan vielä opintojen lisäksi istumaan. (Saari ym. 2013, 49–51.)

Terveellisyyden ajattelu ruokavalintoja tehdessä on yleistynyt korkeakouluopiskelijoilla, erityisesti ammattikorkeakouluissa opiskelevilla miehillä. Ruuan terveellisyyden ajattelu on kuitenkin edelleen selvästi yleisempää naisopiskelijoilla, joista jopa kolme neljästä ajattelee asiaa ruokaa ostaessaan. Miehistä ruuan terveellisyyttä ajattelee noin puolet.

Naisopiskelijat todella syövätkin enemmän hedelmiä, marjoja, kasviksia ja täysjyväviljoja. Maitotuotteita miesopiskelijat käyttävät yhtä paljon kuin naiset. Ravinnon rasvojen laadussa opiskelijoilla on kuitenkin sukupuolesta riippumatta parannettavaa. Aterioiden jättäminen välistä ainakin kolmena päivänä viikossa on melko yleistä ja sitä ilmoitti tekevänsä jopa viidesosa opiskelijoista. (Kunttu & Pesonen 2012, 63–65.)

Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa 2012 sekä tupakointi että alkoholin käyttö oli vähentynyt aiempien vuosien tutkimuksiin verrattuna. Lisäksi täysin tupakointimattomia on yhä enemmän. Ammattikorkeakouluopiskelijoista reilu kymmenes tupakoi päivittäin. Yliopisto-opiskelijoista päivittäin tupakoivia on vain 5 %. Kuitenkin juuri ammattikorkeakoulua käyvien miesten tupakointi on vähentynyt. Myös alkoholin käytön suhteen erityisesti miehet ovat vähentäneet kulutusta, mutta yhä viidennes miehistä kuului edelleen runsaasti alkoholia käyttäviin ja naisistakin joka kymmenes. Humalahakuisuus ja isot kerta-annokset ovat opiskelijoiden keskuudessa tavallisia, mutta opiskelijat eivät kuitenkaan miellä alkoholin käyttöönsä liian runsaaksi. Vähän alkoholia käyttäviä miehistä on 24 % ja naisista 41 %. (Kunttu & Pesonen 2012, 66–67, 69–70, 95.)

#### **4.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden nykytila nuorilla aikuisilla**

Suomessa seksuaali- ja lisääntymisterveys on monilla mittareilla arvioituna hyvä muihin Euroopan maihin verrattuna. Esimerkiksi vastasyntyneiden terveys on erinomainen ja lapsikuolleisuus hyvin vähäistä. Hedelmällisyysluku on pysynyt myös suhteellisen korkeana, vaikka ensisynnyttäjien ikä on noussut. Toisaalta synnyttäjien iässä positiivista on se, että alle 20-vuotiaiden osuus synnyttäjistä ja saman ikäluokan raskaudenkeskeytykset ovat vähentyneet. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 12–13.) Myös suomalaisten seksuaalikäyttäytymisessä on muihin maihin verrattuna positiivisia piirteitä, kuten ehkäisyn ja erityisesti kondomin käytön yleisyys etenkin nuorilla aikuisilla (RFSU 2016, 7, 9, 14).

Vaikka raskaudenkeskeytykset alle 20-vuotiailla ovat viime vuosikymmenellä vähentyneet, niin hieman vanhemmilla, 20–24-vuotiailla raskaudenkeskeytyksiä on suhteessa paljon ja etenkin toistuvat keskeytykset ovat yleistyneet. Raskaudenkeskeytysten lisäksi yhtenä seksuaali- ja lisääntymisterveyden uhkana pidetään synnyttäjien ylipainon lisääntymistä ja raskaudenaikaista tupakointia. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 12–13.) Vuosina 2013–2014 ylipainoisten synnyttäjien osuus kuitenkin laski hieman edellisvuosista,

mutta laskusta huolimatta joka kolmas synnyttäjä on ylipainoinen. Lihavia synnyttäjiä on puolestaan enemmän kuin joka kymmenes. Synnyttäjien ylipainon yleistyminen on vastaavaa kuin ylipainoisuus koko aikuisväestön naisilla. (THL 2015a, 4.) Raskausaikana tupakoivien määrä on pysynyt kahdenkymmenen vuoden ajan noin 15 prosentissa, mutta positiivista kehitystä on tapahtunut siinä, että viime vuosina raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana tupakoinnin lopettaneiden määrä on ollut kasvussa. Vuonna 2014 jopa 46 % kaikista synnyttäjistä lopetti tupakoinnin, kun vielä kymmenen vuotta sitten vastaava prosenttiosuus oli vain 19 %. (THL 2015a, 5.)

Seksin välityksellä tarttuvista taudeista selvästi yleisimpiä ovat klamydia ja tippuri. Klamydia on kymmeniä kertoja yleisempi kuin muut sukupuolitaudit ja sitä todetaan eniten alle 25-vuotiailla ja useimmiten naisilla. (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 136–137.) Vuonna 2015 Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä 20-29-vuotiailla miehillä ilmoitettiin yhteensä 394 klamydiatapausta, kun saman ikäisillä naisilla tartuntoja oli 476 eli lähes sata enemmän. Pirkanmaalla klamydiatapauksia ilmoitetaan toiseksi eniten koko Suomessa, heti Helsingin ja Uudenmaan jälkeen. (THL n.d.) Tippuritartuntoja puolestaan todetaan useammin miehillä kuin naisilla, vaikka tartuntojen määrä on lisääntynyt viime aikoina erityisesti nuorilla naisilla (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 137). Havaittujen sukupuolitautilien määrä on kasvanut myös opiskeluterveydenhuollossa Tampereella, kun kaupungin järjestämä opiskeluterveydenhuolto ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) ottivat uutena palvelumuotona kokeiluun klamydian ja tippurin maksuttoman kotitestauksen. (YTHS 2015; Tampereen kaupunki n.d.) Kotitestaus on tavoittanut erityisesti miehet, joilla positiivisia löydöksiä on testin käyttöönoton jälkeen ollut jopa 70 % tavallista enemmän. Myös naisilla on todettu kotitestauksen myötä enemmän sukupuolitautiltartuntoja. Kotitestaus on siis osoittautunut hyödylliseksi menetelmäksi sukupuolitautilien havaitsemisessa. (YTHS 2015.)

Kondomi on ainoa ehkäisymenetelmä, joka oikein käytettynä suojaa sukupuolitautiltartunnoilta (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2015). Suomalaiset ilmoittavatkin sukupuolitautilien ehkäisyn yhdeksi syyksi käyttää kondomia, vaikka useammin syy kondomin käytölle on raskauden ehkäisy (Kirkkola, Mattila & Virjo 2005, 89; RFSU 2016, 11.) Lähes joka kolmas ilmoittaa kondomin käytön syyksi myös hormonaalisen ehkäisyn välttämisen (RFSU 2016, 15). Suomalaisilla nuorilla aikuisilla käytetyimmät ehkäisymenetelmät ovat kuitenkin ehkäisypillerit ja kondomi (Kunttu & Pesonen 2012, 50; RFSU

2016, 16). He käyttävätkin ehkäisyä ja erityisesti kondomia tunnollisesti muihin Pohjoismaihin verrattuna (RFSU 2016, 14).

Joiltain osin ehkäisyn käytössä on kuitenkin parantamisen varaa, sillä Leikon ym. (2015, 302) mukaan 22-vuotiaista naisista, jotka eivät seurustele vakituisesti, yksi kymmenestä ei ollut käyttänyt mitään ehkäisymenetelmää viimeisimmässä yhdynnässään. RFSU:n teettämässä Kondomittari-tutkimuksessa 21–35-vuotiaista suomalaisista puolestaan vain 60 % kertoi käyttäneensä kondomia viimeksi uuden kumppanin kanssa yhdynnässä ollessaan, vaikkakin suomalaisilla luku oli Pohjoismaiden korkein. Seksiä uuden kumppanin kanssa harrastaessa olisi tärkeää käyttää kondomia, sillä koskaan ei voi olla varma sairastuako kumppani sukupuolitautilta. Suomalaisista 13 % ilmoitti joskus unohtavansa kondomin käytön hetken huumassa. Kondomin käytön suurimpina haittoina pidetään sitä, ettei seksi tunnu sen kanssa yhtä miellyttävältä kuin ilman tai sen käyttö koetaan hankalaksi ja spontaaniutta rajoittavaksi. Kondomin käytön ehdottamista kumppanille ei kuitenkaan pidetä kiusallisena. (RFSU 2016, 10–12, 16.)

Seksuaaliseksi riskikäyttäytymiseksi mielletään kirjallisuudessa ehkäisyn käyttämättömyys, mikäli henkilöllä ei ole toivetta tulla raskaaksi, tai kondomin käyttämättä jättäminen satunnaisen seksikumppanin kanssa. Lisäksi useat seksikumppanit ja varhaisella iällä aloitettu seksielämä yhdistetään usein riskikäyttäytymiseen. Tarkemmin määriteltynä seksuaalinen riskikäyttäytyminen on seksuaalista toimintaa, joka voi vahingoittaa itseä tai kumppania. Tavallista on, että seksuaalista riskikäyttäytymistä esiintyy yhdessä muiden terveydelle haitallisten terveystottumusten kuten päihteiden käytön kanssa. (Papp, Kontula & Kosonen 2000, 15–16; Nikula 2009, 62; Leikko ym. 2015, 295–303; Väestöliitto n.d., 1.) Nikulan (2009, 62) tutkimuksessa alkoholin, huumeiden ja tupakan käyttö lisäsi riskiä seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle. Leikon ym. (2015, 303) tutkimuksessa puolestaan nuorella iällä (alle 14–15-vuotiaana) aloitettu seksielämä oli yhteydessä esimerkiksi useampiin seksikumppaneihin, ehkäisyn käyttämättömyyteen sekä runsaaseen alkoholin käyttöön myös myöhemmällä iällä. Lisäksi varhaisella iällä alkanut seksuaalinen aktiivisuus ja useat seksikumppanit nuoruusiässä ovat usein yhteydessä masennukseen ja muihin mielenterveysongelmiin (Savioja, Sumia & Kaltiala-Heino 2015, 311).

Nikulan (2009, 50, 78) mukaan miesten ja naisten seksuaalisessa riskikäyttäytymisessä ei juuri ole eroa. Miehillä on kuitenkin yleisesti ottaen useampia seksikumppaneita ja kump-



panit ovat useammin satunnaisia kuin naisilla. Leikon ym. (2015, 303) tutkimuksen mukaan 22-vuotiailla naisilla on kokonaisuudessaan vain vähän seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä. Riskitekijät kuitenkin kasautuvat juuri heille, jotka ovat aloittaneet yhdynnät nuorina (Leikko ym. 2015, 303). Ammattikorkeakouluissa opiskelevista naisista 22 % oli kokenut ensimmäisen yhdyntänsä alle 16-vuotiaana, hieman useammin kuin yliopistoissa opiskelevat naiset (Kunttu & Pesonen 2012, 50). Tavallisimmin seksielämä ja yhdynnät aloitetaan ennen 18. ikävuotta. Naiset kokevat ensimmäisen yhdyntänsä noin 16-vuotiaana ja miehet noin 17-vuotiaana. (Nikula 2009, 50; Leikko, ym. 2015, 301.) Noin joka kymmenes korkeakouluopiskelijoista ei ole kuitenkaan ollut vielä yhdynnässä (Kunttu & Pesonen 2012, 50).

FINSEX-tutkimuksen mukaan suomalaisten yhdyntämäärät ovat olleet vuosikymmeniä laskussa ja ne laskevat edelleen. Yhdynnät ovat vähentyneet kummallakin sukupuolella siviilisäädystä riippumatta. Naisilla yhdyntämäärät vähenevät iän myötä, kun päinvastoin miehillä määrät kasvavat iän lisääntyessä aina keski-ikään saakka. (Kontula 2015b.) Vaikka yhdyntämäärät ovat kaiken kaikkiaan laskeneet, niin yhdyntähalut eivät kuitenkaan ole vähentyneet kummallakaan sukupuolella, vaan päinvastoin ne ovat lisääntyneet (Kontula 2015a; Kontula 2015b). Suomalaisista 60 % pitääkin seksiä tärkeänä ja pohjoismaalaisista nuorista joka toinen on tyytyväinen seksielämäänsä (RFSU 2016, 14–17). Tyytyväisyys seksielämään näyttäytyy korkeakouluopiskelijoilla samoilla tavoin, sillä reilu puolet (60 %) ilmoittaa olevansa tyytyväinen seksielämäänsä (Kunttu & Pesonen 2012, 50). Yleisesti tyytyväisyyttä seksielämään heikentää erityisesti stressi ja ahdistus. Myös huono itsetunto, seksuaalinen haluttomuus ja seksikumppanin puute haittaavat tyytyväisyyttä seksielämään. (RFSU 2016, 14.)

#### **4.3 Perheen perustamisen ja lastenhankinnan trendejä Suomessa ja korkeakouluopiskelijoilla**

Syntyvyys on ollut laskussa Suomessa jo neljän perättäisen vuoden ajan ja se näyttäisi laskeneen edelleen vuonna 2015 (THL 2015a, 1; Miettinen 2015, 10). Samalla ensisynnyttäjien keski-ikä on tasaisesti noussut 2000-luvulla yhdellä ikävuodella ja se oli vuonna 2014 jo 28,6 vuotta (THL 2015a, 3). Kuitenkin suomalaisten mielestä ihanteellinen ikä ensimmäisen lapsen hankinnalle naisilla on keskimäärin 26,7 vuotta eli ihanteen ja todellisen ensisynnyttäjien keski-ikä välillä on lähes kahden vuoden ero. Miehillä vastaavat

luvut ovat ihanneiän osalta 28,5 vuotta ja todellisuudessa isäksi tullaan ensi kertaa noin 30-vuotiaana. Yhä korkeampi ihanneikä, kuten myös todellinen ensisynnytyksiä (29,8 vuotta), näkyy etenkin pääkaupunkiseudulla asuvilla (Miettinen 2015, 31; THL 2015a, 3.) Lisäksi keskimäärin korkeampi ihanneikä on korkeakoulutetuilla naisilla ja miehillä. Korkeakoulutetut naiset pitävät ensimmäisen lapsen hankinnan ihanneikänä noin 28 vuotta ja miehet hieman yli 29 vuotta. Nuoret aikuiset siis siirtävät lasten hankintaa yhä myöhemmäksi, mikä vaikuttaa voimakkaasti syntyvyyden jatkuvaan laskuun (Miettinen 2015, 9, 31–32).

Suomalaisia korkeakouluopiskelijoita tutkittaessa on selvinnyt, että jopa 94 % opiskelijoista haluaa saada lapsia jossakin vaiheessa elämää (Virtala, ym. 2011, 110). Opiskelijoiden halu saada lapsia vaihtelee kuitenkin jonkin verran tutkimusten välillä, sillä toisessa tutkimuksessa noin kolmasosa opiskelijoista oli epävarmoja lastenhankinnan suhteen (Klemetti ym. 2014, 172). Virtalan ym. (2011, 110–111) tutkimuksessa naisopiskelijoiden ihanneikä ensimmäisen lapsen hankintaan oli noin 28 vuotta ja miesopiskelijoiden 30 vuotta. Huolestuttavaa kuitenkin oli se, että opiskelijoiden tietämyksessä naisen hedelmällisyyden laskemisesta iän myötä oli selviä puutteita. Naisopiskelijoiden tietämys oli merkittävästi parempi kuin miehillä. Jopa yli puolet miesopiskelijoista uskoivat, että naisen hedelmällisyys alkaa laskea merkittävästi vasta 45. ikävuoden jälkeen. Naisopiskelijoistakin tätä mieltä oli noin kolmannes. Tietämyksen puutetta oli erityisesti nuorilla opiskelijoilla verrattuna vanhempiin opiskelijoihin. (Virtala ym. 2011, 110–111.)

Syitä, jotka mahdollisesti vaikuttavat nuorten aikuisten halukkuuteen hankkia lapsia, ovat muun muassa yleinen ilmapiiri ja läheisten antamat viestit. Nuoret aikuiset ovat herkkiä ympäristön vaikutteille eli esimerkiksi sille, millä sävyllä perheen perustamisesta puhutaan. (Miettinen 2015, 5.) Ympäristön vaikutteet näkyvät myös siinä, millaisia sosiaalisia ristiriitoja opiskeluaikana perheen perustaneet kokevat elämässään. Näitä ovat esimerkiksi julkisuudessa annettu kuva perhe-elämän negatiivisista piirteistä ja ongelmista, jotka voivat pelottaa perheen perustamista harkitsevaa. Myös jatkuva lähipiirin vakuuttelu siitä, että on jo opiskeluaikana valmis äidiksi tai isäksi, koetaan ikävänä, koska opiskelija itse saattaa kokea olevansa täysin valmis vanhemmuuteen. (Ali-Löytty 2009, 42–44.) Jo vuosien 2002 ja 2008 Perhebarometreissa on havaittu, että perheen perustamista lykätään opintojen suorittamisen ja uralla etenemisen takia (Klemetti ym. 2014, 173).

Lasten hankintaan ryhtymiseen voi yleisen ilmapiirin, opiskelun ja sen aiheuttamien paineiden lisäksi vaikuttaa myös muu elämäntilanne. Esimerkiksi sopivan kumppanin puute voi olla merkittävä syy lasten hankinnan lykkäämiseen. (Ali-Löytty 2009, 40; Klemetti ym. 2014, 175; Miettinen 2015, 5.) Monilla korkeakouluopiskelijoilla on vakituinen parisuhde, mutta ilman kumppania elää kuitenkin noin kolmannes opiskelijoista. Iän myötä parisuhteessa olevien määrä kasvaa, mutta siitä huolimatta Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen vanhimmassa ikäryhmässä (30–34-vuotiaat) miehistä lähes kolmannes ja naisista viidennes ei elä parisuhteessa. (Kunttu & Pesonen 2012, 97.)

Muita syitä nuorten aikuisten innottomuudelle ryhtyä perustamaan perhettä ovat epävarma talous- ja työllisyystilanne. Erityisesti ensimmäisen lapsen hankintaa siirretään näistä syistä myöhemmäksi, ja näin on etenkin silloin, kun molemmat lapsen hankintaa harkitsevat osapuolet vielä opiskelevat. (Ali-Löytty 2009, 53; Klemetti ym. 2014, 172; Miettinen 2015, 16.) Myös Miettisen ja Szalman (2014, 51) mukaan on mahdollista, että valtion yleinen heikko taloustilanne voi vaikuttaa toisen ja kolmannen lapsen hankkimispäätöksiin kielteisesti. Lisäksi on oletettavaa, että ne jotka ovat tyytymättömiä yhteiskunnan tarjoamiin tukiin siirtävät seuraavaa lasten hankintaa pidemmälle ja jopa luopuvat ajatuksesta hankkia toista tai kolmatta lasta. (Miettinen 2015, 80.) Perhepolitiikalla, kuten työn tai opiskelujen ja perhe-elämän yhdistämistä tukevilla päätöksillä on siis yhteys syntyvyyden ylläpitoon. Toisaalta yksilöiden ja parien lastenhankintapäätökset ovat riippuvaisia monista asioista, joten yksittäisillä tekijöillä, kuten Kela-etuuksien nostamisella, on ainoastaan rajalliset mahdollisuudet myötävaikuttaa syntyvyyden nousuun, jos samanaikaisesti vallitsee esimerkiksi huono työllisyystilanne. (Miettinen 2015, 80–93.)

Vuoden 2015 Perhebarometri-tutkimuksen mukaan lapsettomuus on ihanne lähes 15 prosentille (Miettinen 2015, 28). On kuitenkin mahdollista, että todellisuudessa vapaaehtoinen lapsettomuus on vielä harvinaisempaa. Eri suomalaistutkimuksissa vapaaehtoisesti lapsettomia on arvioitu olevan 1-5 % aikuisväestöstä. (Klemetti ym. 2014, 175.) Lapsettomuuden ihanne on kuitenkin selvästi noussut viimeisellä vuosikymmenellä ja samalla yli kolmea lasta toivotaan yhä harvemmin. Lapsettomuuden ihanne on erityisesti ei-parisuhteessa olevilla ja korkeintaan perusasteen koulutuksen saaneilla tai pienituloisilla, mutta sitä esiintyy aiempaa enemmän myös muilla, esimerkiksi parisuhteessa olevilla. (Miettinen 2015, 28.) Lapsettomuus ihanteena ei useimmiten kuitenkaan ole halua tarkoituksellisesti jäädä lopullisesti lapsettomaksi, vaan tilapäistä vanhemmuuden lykkäämistä

eri syistä (Miettinen & Szalma 2014, 50). Näitä syitä ovat muun muassa sopivan kumppanin puute, kuten jo aiemmin todettiin, mutta myös kypsymättömyyden tunne vanhemmaksi tulemiseen, sitoutumisen pelko ja ajan puute. Jotkut lapsettomuutta ihannoivat taas kokevat, ettei perheellisyys sovi yhteen oman elämäntyylin kanssa eli muut vaihtoehdot kuin perhe-elämä tuntuvat houkuttelevimmilta. (Klemetti ym. 2014, 175.)

Yhä useampi siis ryhtyy lastenhankintaan myöhemmin ja jopa yli 30-vuotiaana, jolloin raskaaksi tuleminen voi olla vaikeampaa tai haluttua lapsilukua ei enää ehditä saavuttaa. Toisaalta myös suomalaisten ihanteellinen perhe koko on alentunut vuosien mittaan 2–2,5 lapsesta hieman alle kahteen lapseen. Ihanteelliseen lapsilukuun ei juurikaan vaikuta sukupuoli, ikä tai sosioekonominen asema. Ainoastaan kaupungissa asuvien on huomattu haluavan vähemmän lapsia kuin taajamissa tai maaseudulla asuvat, ja siellä myös saavutettu lapsiluku on maaseutua pienempi. Parisuhteessa ja etenkin avioliitossa oleminen taas vaikuttaa lapsilukuihannetta nostavasti. (Miettinen 2015, 18, 23, 26.) On vielä epäselvää kuinka paljon esimerkiksi lapsettomuus ja vaikeudet saavuttaa haluttua lapsilukua tulevat yleistymään tulevaisuudessa lasten hankinnan lykkäämisen vuoksi (Klemetti ym. 2014, 171). Ainakaan vielä ilmiö ei näy esimerkiksi hedelmöityshoitojen määrissä, sillä niiden määrä on pysynyt koko väestössä samana tai jopa vähentynyt viime vuosina. Toisaalta vähenemistä selittää omilla sukusoluilla tehtyjen hoitojen väheneminen, kun taas luovutetuilla sukusoluilla tehtyjen hoitojen osuus on vuodesta riippuen pysynyt ennallaan tai noussut. (THL 2015b, 1.)

## 5 TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tavoitteena on edistää nuorten tietoa terveysvalintojen vaikutuksesta seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Opinnäytetyö tuottaa tietoa nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteista ja siihen liittyvästä motivaatiosta, ja näin heille annettava terveys-tieto osataan kohdistaa mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ViVa-hankkeessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla 18–35-vuotiaiden korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteita.

### Tutkimusongelmat

1. Millaisia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä asenteita opiskelijoilla on?
2. Kuinka seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen ja siihen liittyvän tiedon saaminen koetaan?
3. Miten erilaiset taustamuuttujat (sukupuoli, ikä, painoindeksi, päihteiden käyttö, siviilisääty, halu saada lapsia) selittävät opiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteita?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 6.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Määrälliselle tutkimukselle on tyypillistä tiedon kerääminen suurelta vastaajajoukolta mitattavassa muodossa, esimerkiksi strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Aineiston keräämisestä saatu tieto käsitellään ja esitetään numeerisesti tilastotieteen keinoin. (Vilka 2007, 13–14; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 134–135.) Kvantitatiivinen tutkimusote on peräisin luonnontieteistä, mutta sitä käytetään nykyään paljon myös sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Sen taustalla on realistinen ontologia, jonka mukaan todellisuus muodostuu objektiivisesti todettavista tosiasioista. Realistinen ontologia pohjautuu positivistiseen filosofiseen suuntaukseen, joka pyrkii absoluuttiseen ja objektiiviseen totuuteen. (Kananen 2008, 10; Hirsjärvi ym. 2013, 139.)

Tähän työhön kvantitatiivinen metodi valittiin, koska haluttiin tutkia suurta joukkoa korkeakouluopiskelijoita ja havaita mahdollisia eroja tutkittavien asenteissa suhteessa taustamuuttujiin, mikä ei olisi ollut mahdollista kvalitatiivisin menetelmin. Kvalitatiiviselle metodille on tyypillistä pyrkiä ymmärtämään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä, kun taas kvantitatiivisessa tutkimuksessa halutaan saada tietoa siitä, kuinka usein tiettyjä ilmiöön liittyviä ominaisuuksia esiintyy (Kananen 2008, 11). Tässä työssä haluttiin saada tietoa nimenomaan siitä, millaisia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä asenteita korkeakouluopiskelijoilla keskimäärin on. Määrällisen tutkimuksen etuna on myös se, että iso havaintoaineisto luotettavasti toteutetussa tutkimuksessa mahdollistaa tulosten yleistämisen perusjoukkoon (Kananen 2008, 10). Yleistettävyyden katsottiin olevan mielekäs tämän opinnäytetyön tavoitteen eli korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kannalta.

Kvantitatiivinen tutkimus voi olla luonteeltaan kuvailevaa, selittävää, kartoittavaa, vertailevaa tai ennustavaa (Vilka 2007, 19–22; Heikkilä 2014, 13–14). Kuvaileva eli deskriptiivinen tutkimus on tyypillistä esimerkiksi mielipideselvityksille, ja se soveltui myös tämän opinnäytetyön tarkoitukseksi. Deskriptiivinen tutkimus edellyttää laajaa aineistoa, sillä tulosten luotettavuus ja yleistettävyys on tärkeää. Deskriptiivisessä tutki-

muksessa ei aseteta hypoteeseja. Tutkimuksen luonteen lisäksi tutkimuksia voidaan määritellä myös aikaperspektiivin mukaan poikkileikkaus- ja pitkittäistutkimuksiin. Opinnäytetyöprosessin aikataulun puitteissa poikkileikkaustutkimus eli kertaluonteisesti toteutettava tutkimus oli luonnollinen valinta. Pitkittäistutkimus puolestaan tarkastelee samaa ilmiötä samassa perusjoukossa esimerkiksi vuosien ajan. (Heikkilä 2014, 13–14.)

Määrällisen tutkimuksen tekeminen on varsin prosessimaista. Laadullisessa tutkimuksessa vaiheet ovat joustavampia ja esimerkiksi tutkimustehtävät voivat muuttua vielä tutkimusta tehdessä. (Hirsjärvi ym. 2013, 126.) Määrällisen tutkimuksen prosessi alkaa tutkimuksen suunnittelusta eli asetetaan tutkimusongelmat, tavoitteet ja tarkoitus, sekä suunnitellaan strategia tutkimuksen toteutukselle (Holopainen & Pulkkinen 2008, 18). Tutkittavaa ilmiötä koskeva teoria on tunnettava hyvin jo tässä vaiheessa, jotta tutkimuksen tekoon liittyvät valinnat osataan tehdä järkevästi. Myöhemmissä vaiheissa teorian tuntemus auttaa tulkitsemaan tuloksia asianmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 109, 144.) Tutkimusprosessi jatkuu suunnittelusta aineiston keräämiseen, aineiston analyysiin, tulintaan ja johtopäätösten tekoon. Viimeisenä vaiheena tutkimusraportin tekemisen lisäksi on tutkimuksen luotettavuuden arviointi, joka on määrällisessä tutkimuksessa erityisen tärkeä vaihe muun muassa tulosten yleistettävyyden kannalta. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 18; Kananen 2008, 81; Heikkilä 2014, 21.)

## **6.2 Aineiston keruu ja analyysi**

Tutkimus voi olla joko kokonaistutkimus, eli koko perusjoukko tutkitaan, tai osatutkimus, jolloin perusjoukosta tutkitaan tietty otos (Heikkilä 2014, 12–13). Tämän opinnäytetyön perusjoukko oli Tampereen ammattikorkeakoulun opiskelijat ja tutkimus toteutettiin osatutkimuksena. Tutkittavan osan valinta koko perusjoukosta tapahtuu perustellusti valittua otantamenetelmää käyttäen. Pyrkimyksenä otoksen valinnassa on se, että otos edustaa koko perusjoukkoa. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 29.) Kananen (2008, 13) kuitenkin toteaa, että otoksen valinnassa täydellinen onnistuminen on hyvin harvinaista. Osatutkimukseen päädytään usein kuitenkin siitä syystä, että koko perusjoukon tutkiminen ei ole taloudellisesti järkevää, eikä aina edes mahdollista, ja edustavalla otannalla saadaan riittävän tarkkoja tuloksia (Holopainen & Pulkkinen 2008, 30; Kananen 2008, 13).

Tässä opinnäytetyössä otantamenetelmänä käytettiin harkinnanvaraisiin menetelmiin kuuluvaa kiintiöotantaa. Harkinnanvaraiset menetelmät voivat tuottaa luotettavia tuloksia, mikäli tutkimuksen teossa ollaan huolellisia ja perusjoukko tunnetaan hyvin etukäteen. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 31, 36.) Kiintiöotannassa perusjoukko on jaettu luokkiin jonkun mitattavan ominaisuuden eli tässä tapauksessa opiskelualan perusteella. Halutun kokonaisotoksen koon mukaan kustakin luokasta poimitaan suhteellinen osuus otantayksiköitä harkinnanvaraista otantaa käyttäen. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 36–37.) Kiintiöotanta soveltui tähän työhön, sillä haluttiin saada tietoa Tampereen ammatti-  
korkeakoulun suurimpien opiskelualojen opiskelijoista siten, että miehiä ja naisia on yhtä suuri osa tutkittavista. Terveysalan opiskelijat jätettiin otoksen ulkopuolelle, sillä sen arveltiin vaikuttavan tuloksiin vääristävästi. Heidän voidaan olettaa tietävän keskimääräistä korkeakouluopiskelijaa enemmän seksuaali- ja lisääntymisterveydestä, mikä voi vaikuttaa asenteisiin ja siten myös tutkimuksen tuloksiin.

Tyypillisin tapa toteuttaa määrällinen tutkimus on kerätä aineisto strukturoidulla kyselylomakkeella. Määrällisen tutkimuksen tutkimusaineisto voidaan kerätä myös haastattele-  
malla tai systemaattisesti havainnoimalla tutkittavia. Kukin tapa kerätä aineistoa toteutetaan yleensä strukturoidusti. Strukturointi tarkoittaa tutkittavan asian ominaisuuksien erittelemistä vakioiduiksi kysymyksiksi ja vastausvaihtoehdoiksi eli asiat kysytään kultakin tutkittavalta samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. (Vilkka 2007, 14–15; Hirsjärvi ym. 2013, 193–194.) Tässä työssä mittariksi valittiin strukturoitu kyselylomake, sillä se soveltuu sekä henkilökohtaisten asioiden tutkimiseen että tilanteisiin, kun tutkittavia on paljon. Kyselylomakkeen käytöllä on kuitenkin myös heikkoutensa. Esimerkiksi operationalisointi voi epäonnistua siten, että vastaaja ymmärtää kysymyksen tai vastausvaihtoehdon väärin. Myöskään ei voida tietää kuinka tosisaan tutkittavat ovat vastanneet kyselyyn tai onko tutkittavilla ylipäänsä riittävästi tietoa tutkittavasta aiheesta. (Vilkka 2007, 28–29; Hirsjärvi ym. 2013, 195.)

Strukturoidun kyselylomakkeen tekeminen alkaa kattavasta teoriaan perehtymisestä, jonka pohjalta pyritään määrittelemään tutkimusongelmien kannalta tarpeelliset käsitteet. Näiden käsitteiden onnistunut operationalisointi eli teoreettisten käsitteiden muuttaminen arkikieliseksi siten, ettei niiden merkitys muutu, on edellytys hyvälle kyselylomakkeelle. Teorian avulla myös selvitetään millä taustamuuttujilla, kuten vastaajan iällä tai sukupuolella, on vaikutusta tutkittaviin asioihin. Teorian pohjalta hyvin valituilla taustamuuttujilla varmistetaan, että kyselylomakkeella saadaan kerättyä haluttu tieto. (Vilkka 2007,



14; Heikkilä 2014, 46.) Hyvässä kyselylomakkeessa muuttujat ovat ymmärrettäviä ja yksiselitteisiä, ne mittaavat vain yhtä asiaa kerrallaan eivätkä ne ole johdattelevia. Myös kysymysten kokonaismäärä ja järjestys lomakkeessa on tarkoin harkittu, sillä ne vaikuttavat kyselylomakkeen käytön helppouteen ja vastaamiseen tarvittavaan aikaan. Hyvä kyselylomake on vastaajan näkökulmasta selkeä ja houkutteleva. Tutkijan kannalta erityisen tärkeää on kyselylomakkeen helppo tilastollinen käsiteltävyys. (Hirsjärvi ym. 2013, 202–203; Heikkilä 2014, 47.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomake muokattiin aiemmin ViVa-hankkeessa käytetyn, yläkouluikäisille ja toisen asteen opiskelijoille suunnatun kyselylomakkeen pohjalta (liite 2). Kyselylomaketta muokattiin sekä taustamuuttujien että väittämien osalta soveltumaan paremmin korkeakouluopiskelijoille. Taustamuuttujia kyselyssä oli yhteensä 12. Taustamuuttujat olivat vastaajan koulutusala, sukupuoli, ikä, pituus ja paino, joista laskettiin vastaajan painoindeksi, tupakointi, nuuskaaminen, alkoholinkäyttö, oliko vastaaja ollut yhdynnässä, siviilisääty, käytössä oleva ehkäisymenetelmä, perheellisyys ja halusiko vastaaja tulevaisuudessa saada lapsia. Lisäksi yhdellä avoimella kysymyksellä selvitettiin vastaajan mielestä sopivaa ikää lastenhankintaan. Loppuosa kyselylomakkeesta koostui seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevista väittämistä, joita oli yhteensä 37 kappaletta. Väittämiä arvioitiin Likertin asteikolla, jota käytetään paljon mielipideväittämiä tutkittaessa. Likertin asteikolla voidaan mitata henkilön kokemukseen perustuvaa mielipidettä, minkä vuoksi se sopi hyvin tähän opinnäytetyöhön. Likert-asteikko voidaan toteuttaa esimerkiksi 4- tai 5-portaisena asteikkona. (Vilkkä 2007, 45–46.) Tähän työhön valittiin neliportainen asteikko, jossa numero 1 kuvasi vastausta ”täysin eri mieltä”, 2 ”eri mieltä”, 3 ”samaa mieltä” ja 4 ”täysin samaa mieltä”.

Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin ja tutkimuslupa opinnäytetyön toteuttamiseen saatiin joulukuussa 2015. Kyselylomake esitestattiin tammikuussa 2016, jonka jälkeen kerättiin varsinainen aineisto. Esitutkimus antaa mahdollisuuden testata kyselylomakkeen toimivuutta ja tehdä siihen korjauksia varsinaista aineiston keruuta edeltävästi (Hirsjärvi ym. 2013, 204). Tässä tutkimuksessa esitestaus tehtiin perusjoukkoon kuuluvalla teknisen alan opiskelijaryhmälle, jossa oli 15 tutkittavaa. Esitestauksessa esiin nousseiden asioiden pohjalta tehtiin joitakin muokkauksia väittämien kirjoitusasuun niiden yksiselitteisyyden parantamiseksi. Samalla vastausohjeita korjattiin ymmärrettävämmiksi kieli- asun parannuksilla. Lisäksi kyselylomakkeen väittämistä poistettiin ”en osaa sanoa”-vaihtoehto, sillä sen runsaan esiintyvyyden arveltiin vaikeuttavan aineiston analysointia

merkittävästi ja vastaajat haluttiin ikään kuin pakottaa ottamaan kantaa. ”En osaa sanoa”-vaihtoehto voi olla vastaajille liian houkutteleva vaihtoehto, jolloin sen pois jättämistä kannattaa harkita (Heikkilä 2014, 52).

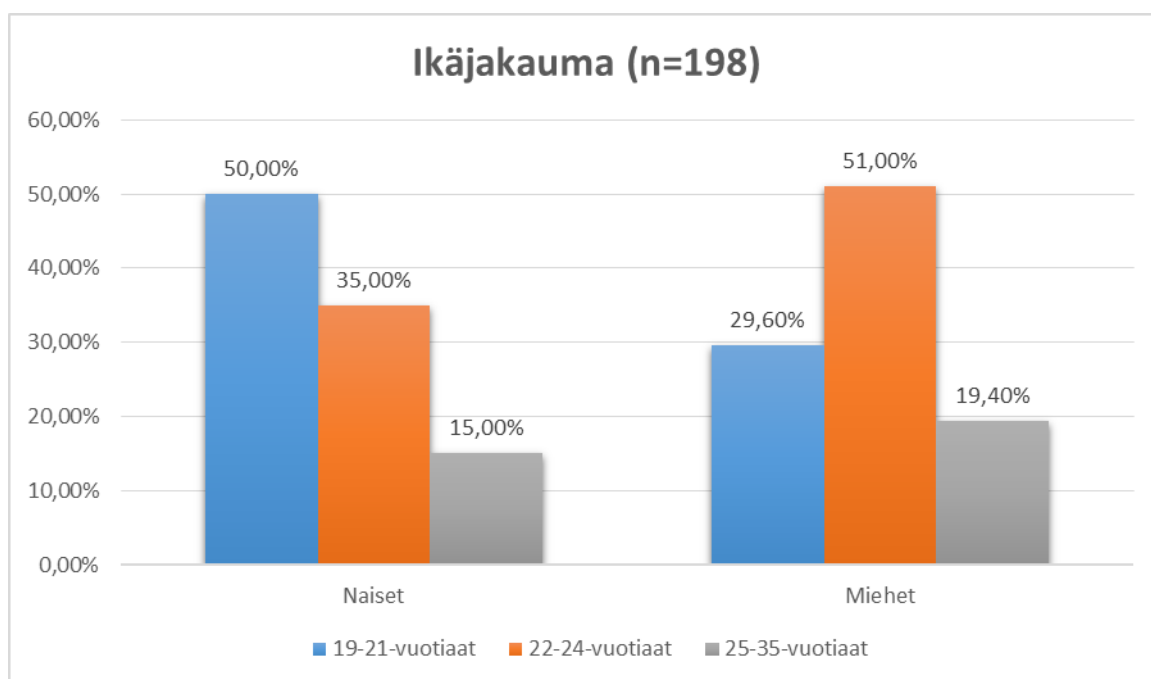
Aineisto kerättiin tutkittavilta paperilomakkeilla. Tähän työhön paperilomake valittiin, koska haluttiin saada mahdollisimman kattava ja luotettava otos. Aineisto kerättiin valvottuna luentojen alussa tai lopussa, joten kyseessä oli informoitu kysely (Hirsjärvi ym. 2013, 196). Suullinen saate esitettiin ennen aineiston keräämistä ja lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus lukea kirjallinen saate kyselylomakkeen etusivulta. Osallistuminen kyselyyn oli vapaaehtoista ja vastaaminen kesti noin 10 minuuttia. Havaintoaineisto syötettiin IBM SPSS Statistics -ohjelmaan ja aineisto tarkastettiin lyöntivirheiden mahdollisuuden takia.

Tässä työssä analyysi toteutettiin suorien jakaumien ja ristiintaulukoinnin avulla. Aineiston normaalijakautuneisuutta testattiin Kolmogorov-Smirnovin ja Shapiro-Wilkin testeillä. Molempien testien mukaan normaalijakautuneisuus hylättiin ( $p=0,000***$ ), minkä vuoksi tuloksien merkitsevyyden arvioinnissa käytettiin epäparametrisiä testejä. Käytetyt testit olivat Mann-Whitneyn U-testi ja Kruskal-Wallisn varianssianalyysi. Tilastollisen merkitsevyyden ilmaisemiseksi käytettiin seuraavia p-arvon merkitsevyystasoja: tilastollisesti erittäin merkitsevä (merkintä \*\*\*), jos  $p \leq 0,001$ ; tilastollisesti merkitsevä (\*\*), jos  $p \leq 0,01$ ; tilastollisesti melkein merkitsevä (\*), jos  $p \leq 0,05$  (Holopainen & Pulkkinen 2008, 177). Raportissa esiteltiin tilastollisesti merkitsevät ja tilastollisesti erittäin merkitsevät tulokset. Merkitsevyyksien suhteen analyysissä huomiotta jätettiin kaksi taustamuuttujaa; oliko vastaaja ollut yhdynnässä ja oliko vastaajalla lapsia. Ratkaisuun päädyttiin, koska molemmissa taustamuuttujissa toisen vastausvaihtoehdon vastauksia oli hyvin vähän. Tutkimuksen tuloksia havainnollistettiin frekvenssi- ja prosenttiluvuin, keskiluvuin, taulukoin ja kuvioin.

## 7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

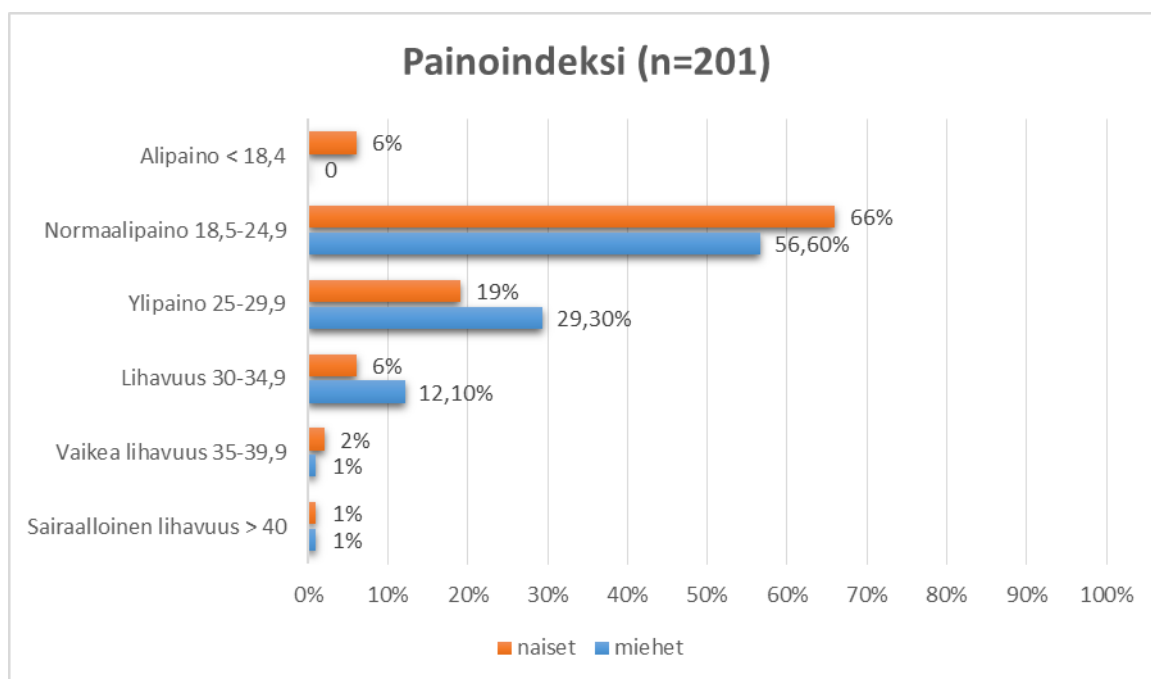
### 7.1 Opiskelijoiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat Tampereen ammattikorkeakoulun toisen vuosikurssin opiskelijoita. Kyselylomakkeet jaettiin 217 opiskelijalle, joista tutkimukseen osallistui 206 opiskelijaa. Kolme tutkimusyksikköä poistettiin aineistosta vajavaisten vastausten vuoksi. Poistamisen rajana pidettiin yli viittä tyhjää vastausta muissa kuin taustamuuttujissa. Näin ollen vastausprosentti oli lopulta 93,5 % (N=203). Vastaajista naisia oli 102 ja miehiä 99. Sukupuolensa oli jättänyt ilmoittamatta kaksi opiskelijaa. Osallistujista 43,3 % opiskeli teknistä alaa, 17,2 % palveluliiketoimintaa, 22,2 % liiketaloutta ja 17,2 % sosiaalialaa. Vastaajien ikä vaihteli välillä 19–35 vuotta ja moodi oli naisvastaajilla 21 vuotta ja miesvastaajilla 22 vuotta. Kolme vastaajaa oli jättänyt ikänsä ilmoittamatta. Analyysia varten vastaajien iät luokiteltiin kolmeen eri luokkaan, jotka ovat 19–21-vuotiaat (39,5 %), 22–24-vuotiaat (43,5 %) ja 25–35-vuotiaat (17,0 %). Luokiteltu ikä jaettiin myös sukupuolittain (kuvio 1). Sekä kuviosta että naisten ja miesten iän moodista on havaittavissa, että tyypillinen naisvastaaja on hieman tyypillistä miesvastaajaa nuorempi.



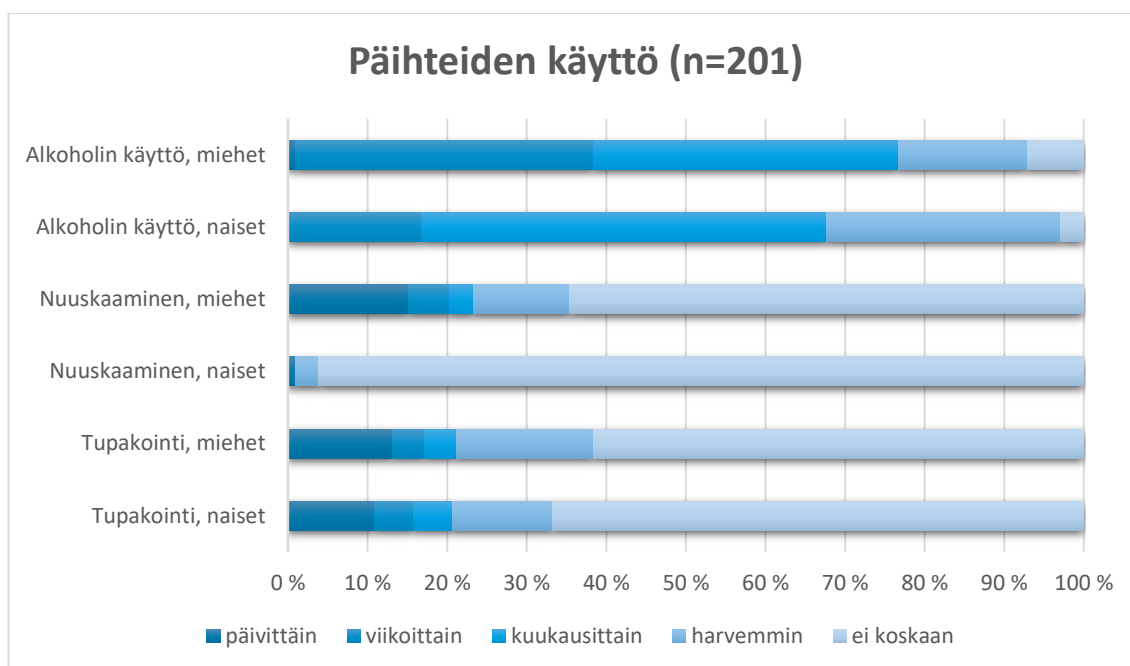
KUVIO 1. Vastaajien luokiteltu ikä sukupuolittain

Vastaajien painoindeksit laskettiin taustatiedoissa ilmoitettujen painojen ja pituuksien perusteella (n=201). Kuviossa 2 painoindeksejä tarkastellaan sukupuolittain. Naisilla normaalipaino (66 %) on miehiä yleisempää (56,6 %). Ylipaino puolestaan on miehillä (29,3 %) huomattavasti yleisempää kuin naisilla (19 %). Samoin lihavuutta esiintyy miehillä (12,1 %) jopa kaksi kertaa enemmän kuin naisilla (6,0 %). Alipainoa miehillä ei esiinny aineistossa ollenkaan, naisilla alipainoa on 6,0 %:lla.



KUVIO 2. Vastaajien painoindeksit sukupuolittain

Vastaajista 64,0 % ei tupakoi koskaan, 14,8 % harvemmin kuin kuukausittain ja 12,3 % tupakoi päivittäin. Harvinaisempaa on viikoittainen (4,4 %) ja kuukausittainen (4,4 %) tupakointi. Alkoholin käytössä yleisintä on kuukausittainen käyttö (44,3 %). Toiseksi yleisintä on viikoittainen (26,6 %) ja harvemmin kuin kuukausittainen käyttö (23,2 %). Vastaajista 5,4 % kertoo, ettei käytä alkoholia koskaan. Sukupuolten välillä suurimmat erot ovat nuuskan käytössä ja alkoholin viikoittaisessa käytössä (kuvio 3). Naisista jopa 96,1 % ei nuuskaa koskaan ja miehillä vastaava prosentti on 64,6 %. Päivittäistä nuuskaamista on naisilla vain 1 %:lla ja miehillä 15,2 %:lla. Alkoholin käytössä suurin ero on viikoittaisessa käytössä - naisista 16,7 % ja miehistä puolestaan 37,4 % kertoo käyttävänsä alkoholia viikoittain.



KUVIO 3. Vastaajien päihteiden käyttö sukupuolittain

Kyselyyn vastanneista naisista 46,1 % on avo- tai avioliitossa, 19,6 % seurustelee vakituisesti, 7,8 % seurustelee satunnaisesti ja 26,5 % ei seurustele. Miehillä avo- ja avioliitossa olo on naisia harvinaisempaa (30,3 %), kun taas vakituinen seurustelu (25,3 %) ja seurustelemattomuus (38,4 %) ovat yleisempiä kuin naisilla. Miehistä 6,1 % seurustelee satunnaisesti. Suurimmalla osalla vastaajista (96,1 %) ei ole lapsia.

Yleisimmät vastaajien käytössä olevat ehkäisymenetelmät ovat hormonaalinen ehkäisy (44,1 %), kondomi (38,2 %) ja tuplaehkäisy eli hormonaalinen ehkäisy ja kondomi samanaikaisesti (10,2 %). Vastaajista 4,8 % ilmoittaa, ettei käytä mitään ehkäisyä. Ehkäisymenetelmää ei otettu huomioon niiltä vastaajilta, jotka ilmoittivat, etteivät ole olleet yhdynnässä (7,4 % vastaajista). Myös kolme vastausta, joissa oli ilmoitettu muuksi ehkäisymenetelmäksi kierukka (ei tietoa kumpi), tulkittiin tyhjinä vastauksina.

Valittua ehkäisymenetelmää tarkasteltiin suhteessa vastaajan siviilisäättyyn (taulukko 1). Kondomin käyttö on selvästi yleisintä satunnaisesti seurustelevilla (53,8 %) ja niillä vastaajilla, jotka eivät seurustele (72,5 %). Näin on myös tuplaehkäisyn käytön suhteen – satunnaisesti seurustelevista tuplaehkäisyä käyttää 23,1 % ja seurustelemattomista 13,7 %. Vakituksessa parisuhteessa olevilla yleisin ehkäisymenetelmä on hormonaalinen ehkäisy, ja sitä käyttää vakituisesti seurustelevista jopa 57,8 % ja avo- tai avioliitossa ole-

vista 64,9 %. Ehkäisyn käyttämättä jättämistä on vain 4,8 %:lla vastaajista ja se on suhteessa hieman yleisempää seurustelemattomilla ja satunnaisesti seurustelevilla vastaajilla kuin vakituksessa parisuhteessa olevilla.

TAULUKKO 1. Kyselyyn vastanneiden siviilisäädyn ja eniten käytetyn ehkäisymenetelmän jakautuminen

	Seurusteleeko					
		Ei	Kyllä, satunnaisesti	Kyllä, vakituisesti	Kyllä, avo-/avioliitto	Yhteensä
<b>Ehkäisy- menetelmä</b>	Ei ehkäisyä	5,9 % 3	7,7 % 1	4,4 % 2	3,9 % 3	4,8 % 9
	Kondomi	72,5 % 37	53,8 % 7	26,7 % 12	19,5 % 15	38,2 % 71
	Hormonaalinen ehkäisy	7,8 % 4	15,4 % 2	57,8 % 26	64,9 % 50	44,1 % 82
	Tuplaehkäisy	13,7 % 7	23,1 % 3	6,7 % 3	7,8 % 6	10,2 % 19
	Kuparikierukka	0,0 % 0	0,0 % 0	0,0 % 0	2,6 % 2	1,1 % 2
	Yhteensä	100 % 51	100 % 13	95,5 % 43	98,7 % 76	90,1 % 183

## 7.2 Kiinnostus seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kohtaan

Opiskelijoiden kiinnostusta omaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kohtaan mitattiin kyselylomakkeen väittämillä 25 ja 26. Yleistä suhtautumista omaan terveyteen ja siitä huolehtimiseen tutkittiin kolmella väittämällä: 14, 16 ja 19 (liite 2) (taulukko 2). Taulukossa 2 esitetään omasta terveydestä kiinnostuneisuutta koskevien väittämien vastausten jakaumat kaikilla vastaajilla, ja niitä käsitellään tarkemmin alla olevissa kappaleissa. Kuviossa 4 (s. 41) puolestaan näkyy väittämien vastausvaihtoehtojen perusteella laskettu keskiarvo molemmille sukupuolille. Vastaavat taulukot ja kuviot esitetään tässä työssä kussakin tulososan alaluvussa.

TAULUKKO 2. Vastausten jakautuminen omasta terveydestä kiinnostuneisuutta koske-  
vissa väittämässä

	Täysin eri mieltä (1)	Eri mieltä (2)	Samaa mieltä (3)	Täysin samaa mieltä (4)
25. Seksuaaliterveyteni kiinnostaa minua. (n=203)	0,0 % 0	3,9 % 8	46,8 % 95	49,3 % 100
26. Kykyni saada lapsia kiinnostaa minua. (n=202)	1,0 % 2	8,4 % 17	40,1 % 81	50,5 % 102
14. Haluan huolehtia terveydestäni. (n=203)	0,0 % 0	1,5 % 3	25,1 % 51	73,4 % 149
16. Olen mielestäni sopivan painoi- nen. (n=199)	7,0 % 14	20,6 % 41	43,2 % 86	29,1 % 58
19. Pidän huolta itsestäni liikkumalla säännöllisesti. (n=202)	2,5 % 5	20,3 % 41	40,1 % 81	37,1 % 75

Oma seksuaaliterveys kiinnostaa lähes kaikkia kyselyyn vastanneita opiskelijoita. Ainoastaan 3,9 % vastaajista ovat eri mieltä väittämästä ”Seksuaaliterveyteni kiinnostaa minua”. Kaikki eri mieltä olevat ovat miehiä. Vastaajista täysin samaa mieltä on miltei puolet (49,3 %) ja samaa mieltä lähes yhtä moni (46,8 %). Myös oma kyky saada lapsia kiinnostaa opiskelijoita. Vastaajista 50,2 % on täysin samaa mieltä ja 39,9 % samaa mieltä väittämän ”Kykyni saada lapsia kiinnostaa minua” kanssa, kun eri mieltä on ainoastaan 8,2 % (taulukko 2). Myös tässä väittämässä suurin osa eri mieltä olevista ovat miehiä. Naiset ovat siis hieman enemmän kiinnostuneita sekä seksuaaliterveydestään että kyvystään saada lapsia kuin miehet, vaikka kummankin sukupuolen vastaukset ovat keskiarvoltaan lähellä neljää eli täysin samaa mieltä väittämien kanssa (kuvio 4 s. 41). Sukupuolten välillä on kuitenkin tilastollisesti merkitsevä ero väittämässä ”Seksuaaliterveyteni kiinnostaa minua” ( $p=0,009$ ) ja ”Kykyni saada lapsia kiinnostaa minua” ( $p=0,007$ ).

Molemmissa edellä mainituissa väittämässä on tilastollisesti merkitsevä ero myös suhteessa vastaajan haluun saada lapsia. Väittämässä ”Seksuaaliterveyteni kiinnostaa minua” ( $p=0,002^{**}$ ) ja ”Kykyni saada lapsia kiinnostaa minua” ( $p=0,000^{***}$ ) vastaajat, joilla ei ole lastenhankinta-aikeita tulevaisuudessa, eivät ole yhtä kiinnostuneita seksuaaliterveydestään tai hedelmällisyydestään kuin muut vastaajat. Lisäksi siviilisäätyn välillä on tilastollisesti merkitsevä ero ( $p=0,005$ ) väittämässä ”Kykyni saada lapsia kiinnostaa minua”. Täysin samaa mieltä väittämästä on yli puolet opiskelijoista, joilla on kumppani; avo- tai avioliitossa olevista 59,7 %, vakituisesti seurustelevista 56,5 % ja satunnaisesti

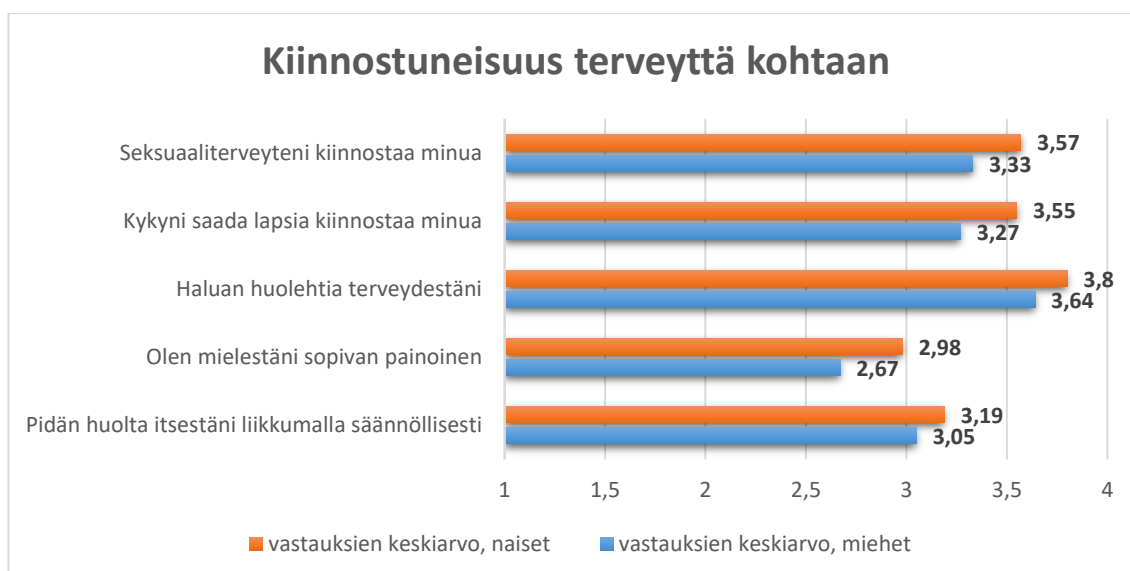
seurustelevista 57,1 %. Seurustelemattomista vastaajista ainoastaan 33,8 % on täysin samaa mieltä. Seurustelemattomista useampi myös ilmoittaa olevansa eri (13,8 %) tai täysin eri mieltä (3,1 %) väittämän kanssa kuin vastaajat, joilla on kumppani.

Väittämän ”Haluan huolehtia terveydestäni” vastausten keskiarvo on naisilla 3,80 ja miehillä 3,64, eli molemmat sukupuolet ovat hyvin paljon samaa mieltä väittämän kanssa (kuvio 4 s. 41). Eri mieltä on ainoastaan 1,5 % ja kukaan vastaajista ei ole täysin eri mieltä (taulukko 2). On kuitenkin tilastollisesti erittäin merkitsevää ( $p=0,000$ ), että vastaajat, jotka haluavat saada lapsia, ovat selvästi enemmän täysin samaa mieltä (83,3 %) väittämästä kuin muut vastaajat.

Väittämän ”Olen mielestäni sopivan painoinen” suhteen 20,1 % vastaa olevansa eri mieltä ja täysin eri mieltä 7,0 %. Samaa mieltä on lähes puolet (43,2 %) ja täysin samaa mieltä vajaa kolmannes (29,1 %) vastaajista (taulukko 2). Painoindeksillä on yhteys vastaajan näkemykseen oman painonsa sopivuudesta. Normaalipainoisista jopa 89,5 % on samaa tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa, ja vain 10,6 % on eri tai täysin eri mieltä väittämästä. Esimerkiksi ylipainoisista enää 57,8 % on samaa tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa ja jopa 42,3 % on eri tai täysin eri mieltä. Tyytymättömyys omaan painoon korostuu siis painoindeksin noustessa. Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,000$ ).

Väittämästä ”Pidän huolta itsestäni liikkumalla säännöllisesti” samaa tai täysin samaa mieltä on 77,2 % vastaajista. Eri mieltä on 20,3 % ja täysin eri mieltä vain 2,5 % (taulukko 2). On tilastollisesti erittäin merkitsevää ( $p=0,000$ ), että lapsia haluavat vastaajat ovat enemmän samaa tai täysin samaa mieltä (84,1 %) ja selvästi vähemmän eri tai täysin eri mieltä kuin muut vastaajat. Lapsia haluavat vastaajat siis ovat paitsi kiinnostuneempia seksuaaliterveydestään ja hedelmällisyydestään, että haluavat pitää huolta terveydestään enemmän kuin muut vastaajat. Vastaajat, jotka eivät osaa sanoa haluavatko lapsia, asettuvat mielipiteissään lapsia toivovien ja niiden vastaajien väliin, jotka eivät lapsia halua.





KUVIO 4. Sukupuolittain jaettu keskiarvo terveydestä kiinnostuneisuutta mittaavista väittämistä

### 7.3 Elintapoihin liittyvät asenteet

Opiskelijoiden suhtautumista ja tietoutta elintapojen vaikutuksesta hedelmällisyyteen ja tulevien lasten terveyteen mitattiin kyselylomakkeen kuudella väittämällä: 15, 17, 18, 20, 27 ja 28. Tietoutta päihteiden vaikutuksesta hedelmällisyyteen tutkittiin lisäksi kyselylomakkeen väittämillä 21, 22, 23 ja 24 (liite 2) (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Vastausten jakautuminen elintapoja koskevissa väittämissä

	Täysin eri mieltä (1)	Eri mieltä (2)	Samaa mieltä (3)	Täysin samaa mieltä (4)
15. Uskon, että ruokailutottumukseni vaikuttavat siihen, pystynkö saamaan lapsia. (n=202)	2,5 % 5	27,7 % 56	54,5 % 110	15,3 % 31
17. Uskon, että alipaino vaikuttaa siihen, voiko saada lapsia. (n=203)	3,0 % 6	10,8 % 22	42,4 % 86	43,8 % 89
18. Uskon, että ylipaino vaikuttaa siihen, voiko saada lapsia. (n=203)	1,5 % 3	10,3 % 21	43,3 % 88	44,8 % 91
20. Anabolisten steroidien vaikutusta miehen hedelmällisyyteen liioittel- laan. (n=195)	36,9 % 72	51,8 % 101	9,2 % 18	2,1 % 4
27. Voin jo nyt vaikuttaa terveillä elämäntavoilla tulevien lasteni ter- veyteen. (n=202)	1,0 % 2	6,9 % 14	51,0 % 103	41,1 % 83

	Täysin eri mieltä (1)	Eri mieltä (2)	Samaa mieltä (3)	Täysin samaa mieltä (4)
28. Hyvällä terveydellä on merkitystä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen myös vuosien kuluttua. (n=201)	0,0 % 0	1,5 % 3	53,7 % 108	44,8 % 90
21. Tupakointi voi vaikuttaa tulevien lasten terveyteen. (n=202)	0,0 % 0	1,5 % 3	34,2 % 69	64,4 % 130
22. Tupakointi voi vaikuttaa kykyyn saada lapsia. (n=202)	0,5 % 1	10,9 % 22	49,5 % 100	39,1 % 79
23. Alkoholin käyttö raskauden aikana voi vaikuttaa tulevan lapsen terveyteen. (n=203)	0,0 % 0	0,0 % 0	8,9 % 18	91,1 % 185
24. Runsas alkoholin käyttö voi vaikuttaa kykyyn saada lapsia. (n=200)	0,5 % 1	9,0 % 18	46,0 % 92	44,5 % 89

Selvästi yli puolet (69,8 %) opiskelijoista on samaa tai täysin samaa mieltä väittämästä ”Uskon, että ruokailutottumukseni vaikuttavat siihen, pystynkö saamaan lapsia”. Vielä suurempi osa opiskelijoista on samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että alipainolla (82,6 %) ja ylipainolla (88,1 %) on vaikutusta kykyyn saada lapsia (taulukko 3). Miesten ja naisten vastauksien keskiarvoissa on eroa kahdessa edellisessä väittämässä (kuvio 5 s. 43), ja erot ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä ( $p=0,000$ ). Myös väittämässä ”Uskon, että ruokailutottumukseni vaikuttavat siihen, pystynkö saamaan lapsia” on tilastollisesti merkitsevä ero ( $p=0,003$ ) sukupuolten välillä. Kaikissa väittämissä ero näyttäytyy siten, että miehillä eri ja täysin eri mieltä -vastauksia on naisia enemmän, ja naiset ovat myös useammin väittämistä täysin samaa mieltä.

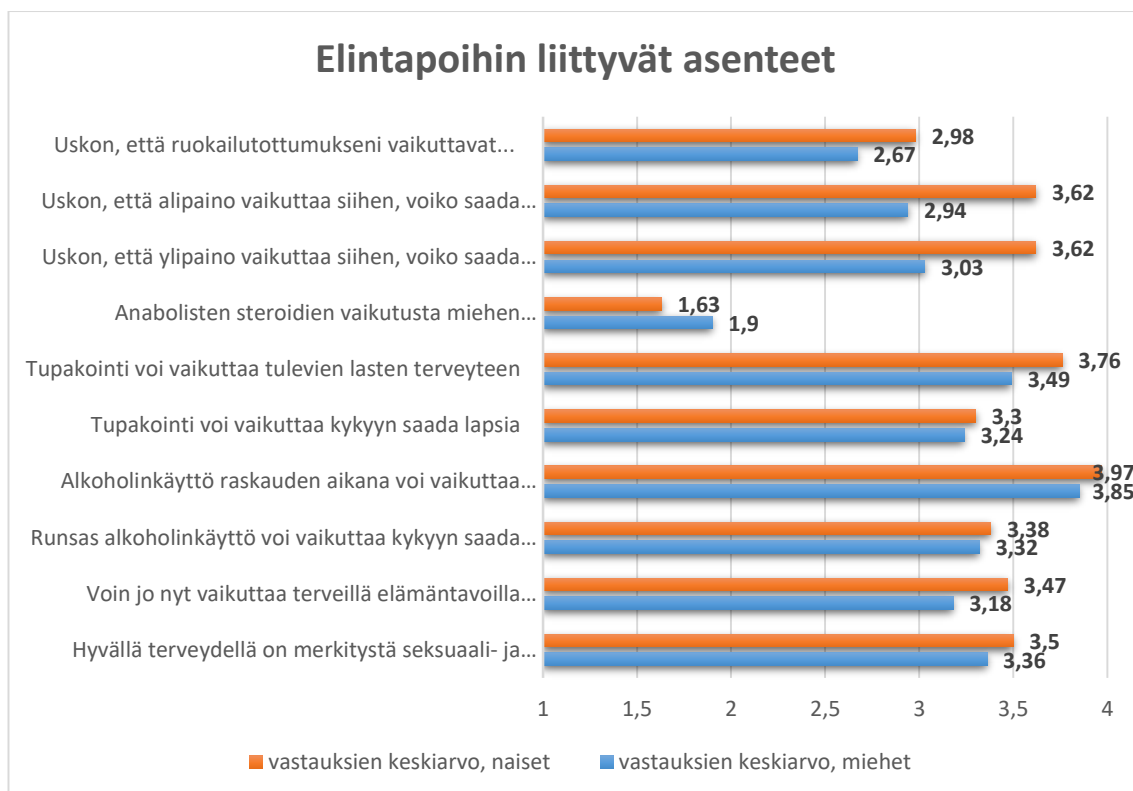
Väittämässä ”Anaboliset steroidien vaikutusta miehen hedelmällisyyteen liioitellaan” suurin osa vastaajista on eri (59,2 %) ja täysin eri (36,9 %) mieltä. Naisten ja miesten vastauksien keskiarvoissa on kuitenkin eroa, sillä naisten vastausten keskiarvo on 1,63 ja miesten 1,9, eli naiset ovat väittämästä enemmän eri mieltä (kuvio 5 s. 43). Ero sukupuolten välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,000$ ).

Väittämästä ”Voin jo nyt vaikuttaa terveillä elämäntavoilla tulevien lasteni terveyteeni” noin puolet vastaajista on samaa (51 %) ja lähes yhtä moni täysin samaa (41,1 %) mieltä (taulukko 3). Vastauksien keskiarvo on miehillä 3,18 ja naisilla 3,47 (kuvio 5 s. 43). Vastauksissa on tilastollisesti merkitsevä ero ( $p=0,003$ ) sukupuolten välillä siten, että naisten vastauksissa korostuu enemmän vastausvaihtoehto täysin samaa mieltä (50,4 % naisista). Väittämässä ”Hyvällä terveydellä on merkitystä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen myös vuosien kuluttua” sekä naiset (keskiarvo 3,5) että miehet (3,36) ovat puolestaan

hyvin paljon samaa mieltä (kuvio 5 s. 43). Samaa tai täysin samaa mieltä väittämästä on jopa 98,5 % vastaajista (taulukko 3).

Vastaajista 98,6 % uskoo, että tupakointi voi vaikuttaa tulevien lasten terveyteen ja 88,1 % uskoo, että tupakointi voi vaikuttaa kykyyn saada lapsia. Kaikki vastaajat ovat sitä mieltä, että alkoholinkäyttö raskauden aikana voi vaikuttaa tulevan lapsen terveyteen (91,1 % täysin samaa mieltä ja 8,9 % samaa mieltä). Opiskelijat eivät ole yhtä varmoja runsaan alkoholinkäytön vaikutuksesta kykyyn saada lapsia, mutta suurin osa on kuitenkin samaa tai täysin samaa mieltä (90,5 %). Eri mieltä väittämästä on 9,0 %.

Vastaajan lastenhankinta-aikeet vaikuttavat vastauksiin tilastollisesti merkitsevästi ( $p=0,006$ ) väittämässä ”Tupakointi voi vaikuttaa tulevien lasten terveyteen”. Vastaajat, jotka haluavat lapsia, ovat väittämästä useammin täysin samaa mieltä kuin muut vastaajat. Lisäksi sukupuolten välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p=0,000$ ) samassa väittämässä; kukaan naisista ei ole eri mieltä ja naiset ovat useammin täysin samaa mieltä kuin miehet. Naiset vastaavat myös useammin täysin samaa mieltä väittämään ”Alkoholinkäyttö raskauden aikana voi vaikuttaa tulevan lapsen terveyteen” ( $p=0,002^{**}$ ).



KUVIO 5. Sukupuolittain jaettu keskiarvo elintapoihin liittyvistä väittämistä

## 7.4 Raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyyn liittyvät asenteet

Opiskelijoiden asenteita raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyyn mitattiin kyselylomakkeen kahdeksalla väittämällä: 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 ja 44 (liite 2) (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Vastausten jakautuminen raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyä koske-  
vissa väittämissä

	Täysin eri mieltä (1)	Eri mieltä (2)	Samaa mieltä (3)	Täysin samaa mieltä (4)
43. Uskon, että seksitaudit voivat laskea miehen kykyä saada lapsia. (n=203)	0,0 % 0	5,9 % 12	48,8 % 99	45,3 % 92
44. Uskon, että seksitaudit voivat laskea naisen kykyä saada lapsia. (n=203)	0,0 % 0	3,9 % 8	48,8 % 99	47,3 % 96
37. Kondomia on tärkeää käyttää suojautuakseen sukupuolitaudeilta. (n=203)	0,5 % 1	0,5 % 1	18,7 % 38	80,3 % 163
38. Kondomin käyttö yhdynnässä on turhaa, jos nainen käyttää hormonaalista ehkäisyä. (n=199)	26,6 % 53	56,3 % 112	13,1 % 26	4,0 % 8
39. Sukupuolitaudit on hyvä käydä testaattamassa seksikumppanin vaihtuessa. (n=202)	0,0 % 0	5,0 % 10	53,5 % 108	41,6 % 84
40. Seksitautitesteissä ei tarvitse käydä suojaamattoman seksin jälkeen, jos ei ole oireita. (n=203)	32,5 % 66	55,7 % 113	9,9 % 20	2,0 % 4
41. Haluan tietää ennen suojaamattoman seksin harrastamista uuden kumppanin kanssa, onko hän käynyt sukupuolitautitesteissä. (n=199)	0,0 % 0	14,1 % 28	59,8 % 119	26,1 % 52
42. Raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisystä huolehtiminen on kumman osapuolen vastuulla. (n=203)	0,5 % 1	0,5 % 1	21,2 % 43	77,8 % 158

Väittämissä "Uskon, että seksitaudit voivat laskea miehen kykyä saada lapsia" ja "Uskon, että seksitaudit voivat laskea naisen kykyä saada lapsia" vastaajista noin puolet (48,8 % kummassakin väittämässä) on samaa mieltä. Lähes yhtä moni (yli 40 %) on täysin samaa mieltä kummassakin väittämässä. Täysin eri mieltä ei ole yksikään vastaajista ja eri mieltä ollaan hieman useammin sukupuolitautilien vaikutuksesta miehen hedelmällisyyteen (5,9 %) kuin naisen hedelmällisyyteen (3,9 %) (taulukko 4). Vastauksien keskiarvot miehillä ja naisilla ovat lähes samat kummassakin väittämässä (kuvio 6 s. 46).

Opiskelijat pitävät tärkeänä kondomin käyttämistä sukupuolitautilien ehkäisyssä. Molemmilla sukupuolilla vastauksien keskiarvo on lähellä neljää eli hyvin vahvasti samaa mieltä (kuvio 6 s. 46). Sukupuolten välillä on kuitenkin tilastollisesti merkitsevä ero ( $p=0,009$ ), sillä naisten vastauksissa on enemmän täysin samaa mieltä -vastauksia (87,3 %) kuin miehillä (72,7 %). Vastaajista suurin osa (77,8 %) on myös täysin samaa mieltä väittämästä ”Raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisystä huolehtiminen on kummankin osapuolen vastuulla” (taulukko 4). Naiset ovat väittämästä useammin täysin samaa mieltä (87,3 %) kuin miehet (68,7 %) ja myös tässä väittämässä ero sukupuolten välillä on tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,002$ ).

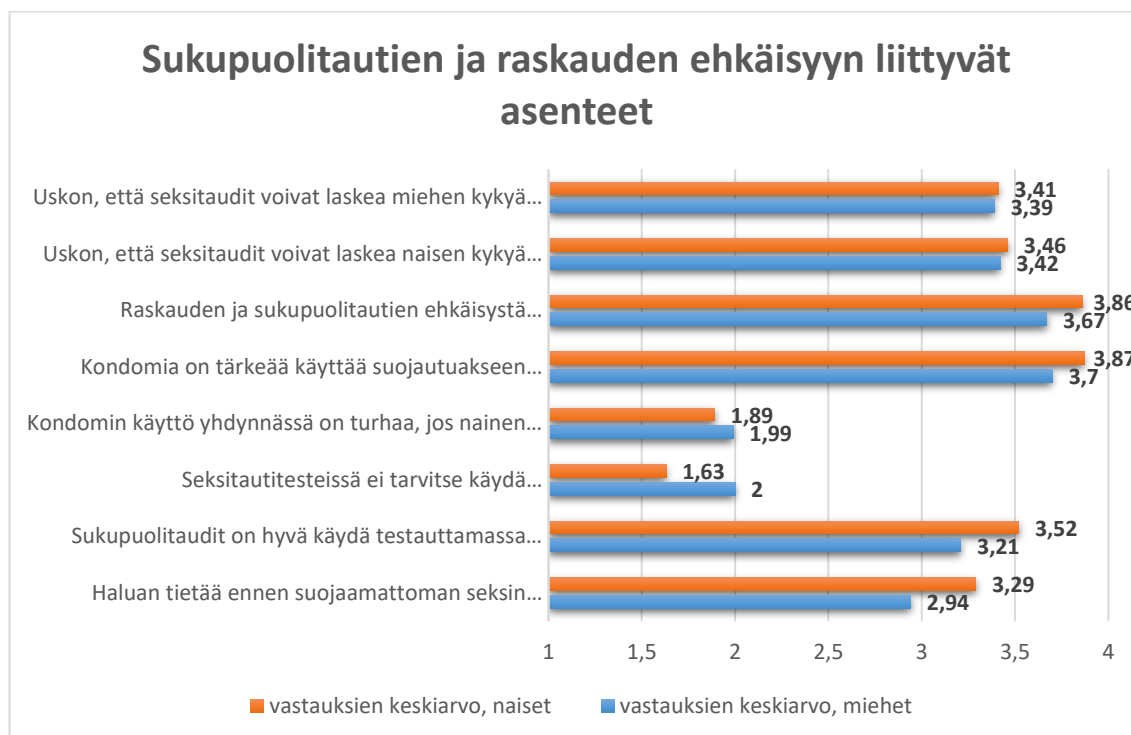
Jopa 17,1 % vastaajista pitää kondomin käyttöä tarpeettomana, mikäli naisella on hormonaalinen ehkäisy käytössä (taulukko 4). Suurehkoa lukua voi selittää esimerkiksi vastaajan siviilisäädyn vaikutus väittämän tulkintaan. Mitä sitoutuneemmin vastaaja seurustelee, sitä useammin vastaaja on samaa mieltä väittämän ”Kondomin käyttö yhdynnässä on turhaa, jos nainen käyttää hormonaalista ehkäisyä” kanssa. Esimerkiksi avo- tai avioliitossa olevista 18,4 % on samaa mieltä, kun seurustelemattomista samaa mieltä on ainoastaan 4,7 %. Ero siviilisäättyjen välillä on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,000$ ). Suurin osa vastaajista ei kuitenkaan pidä kondomin käyttöä turhana, sillä samaa tai täysin samaa mieltä on 82,9 % vastaajista (taulukko 4).

Vastaajista 11,9 % on samaa tai täysin samaa mieltä siitä, että sukupuolitautiltesteissä ei tarvitse käydä, jos oireita ei ole (taulukko 4). Miesvastaajista näin ajattelee jopa 15,2 %. Suurin osa (88,2 %) opiskelijoista on kuitenkin eri tai täysin eri mieltä väittämän kanssa. Naiset taas ovat selvästi useammin (44,1 %) täysin eri mieltä kuin miehet (21,2 %). Ero on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,000$ ).

Opiskelijat ovat enimmäkseen samaa (53,5 %) ja täysin samaa mieltä (40,6 %) väittämästä ”Sukupuolitaudit on hyvä käydä testauttamassa seksikumppanin vaihtuessa” (taulukko 4). Naiset ovat väittämästä useammin täysin samaa mieltä ja harvemmin samaa tai eri mieltä kuin miehet. Tämä näkyy myös vastauksien keskiarvoissa (kuvio 7). Ero sukupuolten välillä onkin tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,000$ ).

Myös väittämässä ”Haluan tietää ennen suojaamattoman seksin harrastamista uuden kumppanin kanssa, onko hän käynyt sukupuolitautiltesteissä” on tilastollisesti erittäin

merkitsevä ( $p=0,000$ ) ero naisten ja miesten vastauksissa. Kaikista opiskelijoista yli puolet (59,8 %) on väittämistä samaa mieltä ja 26,1 % täysin samaa mieltä. Täysin eri mieltä ei ole yksikään vastaaja, mutta eri mieltä -vastauksia on jopa 14,1 % (taulukko 4). Miesvastaajat ovat useammin väittämistä eri mieltä (19,6 %) kuin naiset (9,0 %). Ero näkyy myös naisten (3,29) ja miesten (2,94) vastauksien keskiarvoissa (kuvio 6).



KUVIO 6. Sukupuolittain jaettu keskiarvo sukupuolitautilien ja raskauden ehkäisyyn liittyvistä väittämistä

## 7.5 Perheen perustamiseen ja sopivaan lastenhankintaikään liittyvät asenteet

Opiskelijoiden näkemyksiä perheen perustamisesta tutkittiin kuudella kyselylomakkeen väittämällä: 45, 46, 47, 48, 49 ja 50 (liite 2) (taulukko 5). Lisäksi sopivaa ikää hankkia lapsia mitattiin yhdellä avoimella kysymyksellä, jossa kysyttiin sopivaa lastenhankintaikää naisilla ( $n=189$ ) ja miehillä ( $n=194$ ). Taustamuuttujissa selvitettiin myös vastaajan aikomusta hankkia lapsia kysymyksellä: ”Haluatko/aiotko tulevaisuudessa hankkia lapsen tai lapsia?” ( $n=201$ ).

TAULUKKO 5. Vastausten jakautuminen perheen perustamista ja sopivaa lastenhankintaa koskevissa väittämissä

	Täysin eri mieltä (1)	Eri mieltä (2)	Samaa mieltä (3)	Täysin samaa mieltä (4)
45. Opiskelun, työelämään siirtymisen ja lasten hankkimisen yhteensovittaminen on vaikeaa. (n=199)	2,5 % 5	13,6 % 27	45,2 % 90	38,7 % 77
46. Ensin opiskelut ja työpaikka, perheen perustaminen sitten kun ehtii. (n=201)	2,5 % 5	12,4 % 25	39,8 % 80	45,3 % 91
47. Lasten hankintaa on viisasta lykätä perheen huonon rahatilanteen vuoksi. (n=200)	1,5 % 3	15,0 % 30	54,0 % 108	29,5 % 59
48. Kolmekymppisen naisen ei ole vielä mikään kiire hankkia lapsia. (n=200)	7,0 % 14	47,5 % 95	38,5 % 77	7,0 % 14
49. Miehen hedelmällisyys ei muutu elämän aikana. (n=202)	19,8 % 40	64,4 % 130	14,4 % 29	1,5 % 3
50. Haluan ehdottomasti hankkia lapsia luonnollisesti, en hedelmöityshoitojen avulla. (n=200)	6,0 % 12	22,0 % 44	37,0 % 74	35,0 % 70

Suurin osa (65,7 %) kyselyyn vastanneista opiskelijoista haluaa lapsia tulevaisuudessa. Myös ”en osaa sanoa”-vastauksia on noin kolmannes (30,3 %), mutta todella harva (4,0 %) on sitä mieltä, että ei aio hankkia lapsia (kuvio 7 s. 48). Lastenhankintatoiveissa ei juuri ole eroa sukupuolten välillä. Vain hieman useampi mies (5,2 % miehistä) kertoo, ettei halua ollenkaan lapsia. Naisista näin kertoo vain 2,0 %. Miesvastaajien mukaan sopiva ikä miehillä lastenhankinnalle on keskimäärin 27,6 vuotta (n=97). Naisten sopivaksi lastenhankintäiksi miehet arvioivat keskimäärin 26,7 vuotta eli noin vuoden vähemmän kuin omalle sukupuolelleen (n=92). Naisten mukaan naisille sopiva ikä hankkia lapsia on keskimäärin 26,8 vuotta ja miehillä keskimäärin 28,2 vuotta eli korkeampi kuin miesten itsensä arvioimana (n=95). Sopiva lastenhankintaikä vaihtelee miehillä välillä 18–37 vuotta ja naisilla välillä 18–35 vuotta. Sopivan lastenhankintäiän moodi on miesten arvioimana sekä naisilla että miehillä 30 vuotta. Myös naisvastaajien mukaan moodi on miehillä 30 vuotta, mutta naisilla selvästi matalampi 25 vuotta. Kuitenkin tarkasteltaessa naisten sopivaa lastenhankintaikää suhteessa vastaajan luokiteltuun ikään, on havaittavissa, että 22–24- ja 25–35-vuotiaiden ilmoittamissa vastauksissa moodi on myös 30 vuotta eli korkeampi kuin nuorempien (19–21-vuotiaiden) vastaajien arvioimana.



KUVIO 7. Vastauksien jakautuminen kysymyksessä ”Haluatko/aiotko tulevaisuudessa hankkia lapsen tai lapsia?”

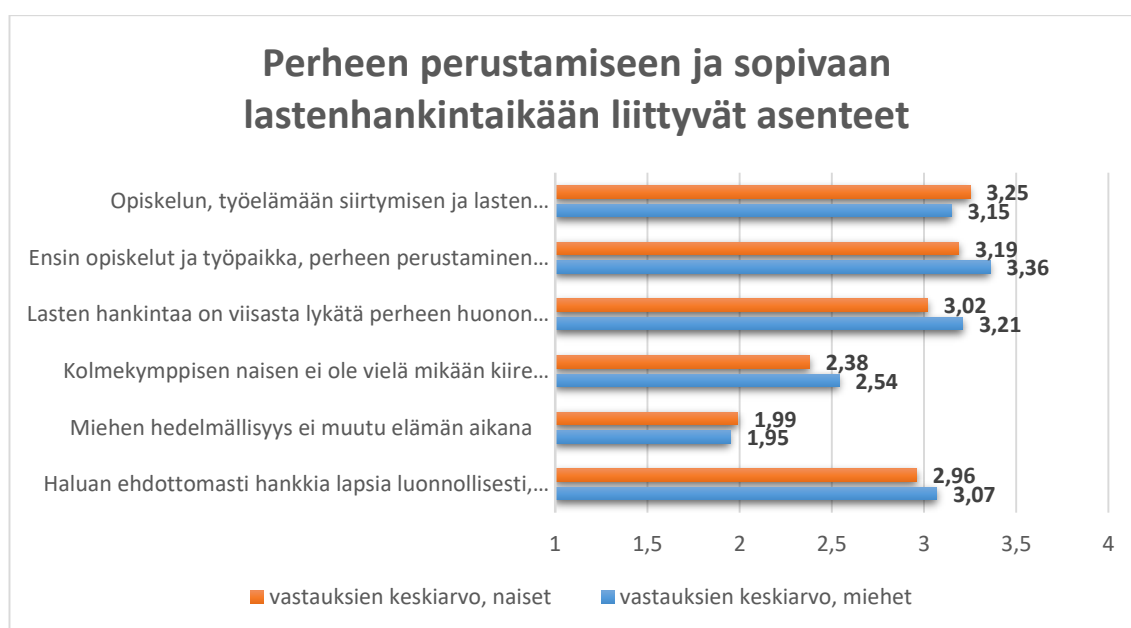
Suurin osa (83,9 %) vastaajista on samaa tai täysin samaa mieltä väittämästä ”Opiskelun, työelämään siirtymisen ja lasten hankkimisen yhteensovittaminen on vaikeaa” ja 83,5 % väittämästä ”Lasten hankintaa on viisasta lykätä perheen huonon rahatilanteen vuoksi”. Myös väittämästä ”Ensin opiskelut ja työpaikka, perheen perustaminen sitten kun ehtii” opiskelijat ovat hyvin paljon samaa tai täysin samaa mieltä (85,1 %) (taulukko 5). Naisten ja miesten vastaukset ovat näissä väittämässä keskiarvallisesti lähellä toisiaan (kuvio 8 s. 49). Vastaajan ikä vaikuttaa kuitenkin tilastollisesti merkitsevästi ( $p=0,005$ ) väittämään ”Lasten hankintaa on viisasta lykätä perheen huonon rahatilanteen vuoksi”. 25–35-vuotiaiden ryhmässä väittämästä on eri mieltä 30,3 %. 19–21-vuotiaista eri mieltä on 18,2 % ja 22–24-vuotiaista vain 6,9 %. 22–24-vuotiaat ovat väittämästä selvästi eniten samaa ja täysin samaa mieltä (93,1 %).

Väittämässä ”Kolmekymppisen naisen ei ole vielä mikään kiire hankkia lapsia” hieman useampi on eri tai täysin eri mieltä (54,5 %) kuin samaa tai täysin samaa (45,5 %) mieltä. Naisilla vastausten keskiarvo on 2,38 ja miehillä 2,54 (kuvio 8 s. 49). Väittämässä ”Miehen hedelmällisyys ei muutu elämän aikana” eri ja täysin eri mieltä on kaikkiaan 84,2 % vastaajista. Naisten ja miesten vastauksien keskiarvojen välinen ero on hyvin pieni (naisilla 1,99 ja miehillä 1,95) (kuvio 8 s. 49). Vastaajan halu hankkia lapsia kuitenkin vaikuttaa tilastollisesti merkitsevästi ( $p=0,002$ ) väittämän vastauksiin. Useimmin väittämästä ovat samaa tai täysin samaa mieltä vastaajat, jotka eivät halua lapsia (50 %) ja jotka



eivät osaa sanoa haluavatko lapsia (65,0 %). Lapsia haluavista samaa tai täysin samaa mieltä on 36,1 % ja täysin eri mieltä 9,2 %. Loput lapsia haluavista ovat eri mieltä (54,6 %).

Suurin osa vastaajista on samaa (37,0 %) ja täysin samaa (35,0 %) mieltä väittämästä ”Haluan ehdottomasti hankkia lapsia luonnollisesti, en hedelmöityshoitojen avulla” (taulukko 5). Vastaajan halu hankkia lapsia vaikuttaa tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $p=0,001$ ) mielipiteeseen myös tästä väittämästä. Lapsia tulevaisuudessa haluavat ovat väittämästä enemmän täysin samaa mieltä (42,6 %) verrattuna vastaajiin, jotka eivät halua lapsia (0,0 % täysin samaa mieltä) ja jotka eivät osaa sanoa haluavatko lapsia (24,6 % täysin samaa mieltä). Vastaajista, jotka eivät osaa sanoa haluavatko lapsia, 34,4 % on väittämästä eri mieltä ja 6,6 % täysin eri mieltä. Vastaajat, jotka eivät halua lapsia, ovat enimmäkseen eri mieltä väittämästä (62,5 %).



KUVIO 8. Sukupuolittain jaettu keskiarvo perheen perustamiseen ja sopivaan lastenhankintaikään liittyvistä väittämistä

## 7.6 Kokemukset seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvästä tiedon saamisesta

Opiskelijoiden kokemuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä ja siihen liittyvästä tiedonsaannista tutkittiin kahdeksalla kyselylomakkeen väittämällä: 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35 ja 36 (liite 2) (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Vastausten jakautuminen seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää tiedonsaantia koskevissa väittämässä

	Täysin eri mieltä (1)	Eri mieltä (2)	Samaa mieltä (3)	Täysin samaa mieltä (4)
29. Haluaisin saada lisää tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. (n=200)	8,5 % 17	50,5 % 101	36,5 % 73	4,5 % 9
30. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien artikkelien lukeminen on mielenkiintoista. (n=203)	11,3 % 23	36,0 % 73	46,3 % 94	6,4 % 13
31. Seksuaaliopetus ja -valistus on hyödyllistä. (n=203)	1,5 % 3	7,9 % 16	52,7 % 107	37,9 % 77
32. Luotettavan terveystiedon löytäminen internetistä on mielestäni helppoa. (n=202)	2,5 % 5	23,8 % 48	58,4 % 118	15,3 % 31
33. Saan tarvittaessa helposti tietoa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista tai ongelmista. (n=200)	1,0 % 2	7,0 % 14	66,5 % 133	25,5 % 51
34. Koen, että seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista on sallittua puhua julkisesti. (n=202)	1,0 % 2	9,4 % 19	52,5 % 106	37,1 % 75
35. Seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista on helppo keskustella terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa. (n=200)	1,5 % 3	18,5 % 37	62,5 % 125	17,5 % 35
36. Koen, että terveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelut ovat enimmäkseen naisille suunnattuja. (n=200)	1,5 % 3	37,5 % 75	51,5 % 103	9,5 % 19

Väittämästä ”Haluaisin saada lisää tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä” samaa tai täysin samaa mieltä on vain 41 % vastaajista. Eri tai täysin eri mieltä on 59 % eli yli puolet opiskelijoista ei koe tarpeelliseksi saada lisätietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Erityisesti miesvastaajat eivät koe lisätietoa tarpeelliseksi, sillä heistä vielä useampi (69,8 %) on eri tai täysin eri mieltä väittämästä, kun naisilla vastaava määrä on 49 %. Ero on tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,002$ ).

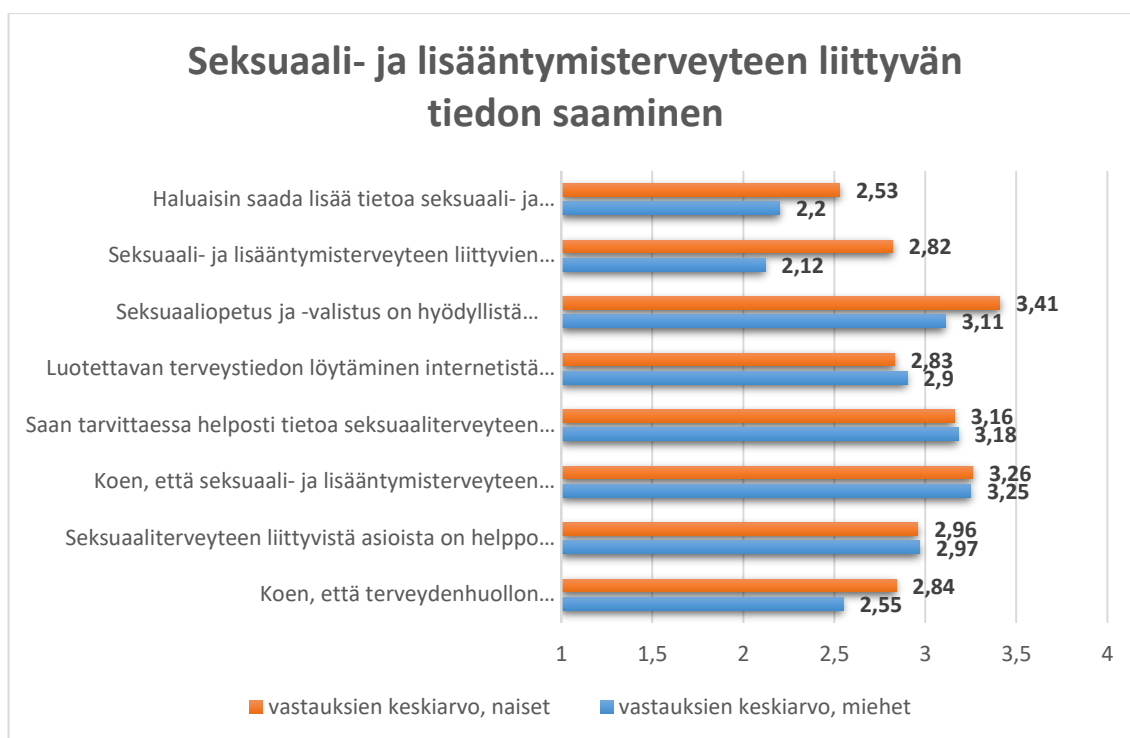
Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien artikkelien lukemista pitää mielenkiintoisena hieman yli puolet (52,7 %) opiskelijoista (taulukko 6). Naiset pitävät kuitenkin artikkelien lukemista useammin mielenkiintoisena kuin miehet; naisista 60,8 % on samaa ja 11,8 % täysin samaa mieltä väittämästä. Miehistä sen sijaan yli puolet on eri (46,5 %) ja täysin eri mieltä (21,1 %). Tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p=0,000$ ) sukupuolten välillä on havaittavissa myös miesten (2,12) ja naisten (2,82) vastauksien keskiarvoissa

(kuvio 9). Myös vastaajan halu hankkia lapsia on yhteydessä väittämän vastauksiin tilastollisesti merkitsevästi ( $p=0,004$ ). Yksikään vastaaja, joka ei halua lapsia, ei ole väittämästä samaa tai täysin samaa mieltä. Vastaajat, jotka eivät osaa sanoa haluavatko lapsia (45,9 %), ja lapsia haluavat (59,1 %) ovat samaa tai täysin samaa mieltä selvästi useammin.

Vastaajista 90,6 % pitää seksuaaliopetusta ja -valistusta hyödyllisenä, mutta vastauksissa on tilastollisesti merkitsevä ero ( $p=0,002$ ) sukupuolten välillä. Naisten vastauksissa korostuvat samaa (49,0 %) ja täysin samaa mieltä (46,1 %) -vastausvaihtoehdot. Miehistä suurin osa on samaa mieltä (57,6 %), mutta he ovat myös naisia useammin eri tai täysin eri mieltä (14,1 %) väittämästä. Naisista eri tai täysin eri mieltä on 4,9 %.

Väittämässä ”Luotettavan terveystiedon löytäminen internetistä on mielestäni helppoa” samaa tai täysin samaa mieltä on suurin osa opiskelijoista (73,7 %). Suurin osa opiskelijoista (92 %) kokee myös saavansa tarvittaessa helposti tietoa seksuaali- ja lisääntymis-terveyteen liittyvistä asioista ja ongelmista, eli tiedonhaku on opiskelijoille pääasiassa helppoa. Lisäksi hyvin monet opiskelijat kokevat, että seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista on sallittua puhua julkisesti (89,6 % samaa tai täysin samaa mieltä). Lähes yhtä suuri osa (80,0 % samaa tai täysin samaa mieltä) pitää myös puhumista ammattilaisen kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista helppona. Kuitenkin viidesosa opiskelijoista on eri (18,5 %) ja täysin eri mieltä (1,5 %) asiasta.

Väittämässä ”Koen, että terveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelut ovat enimmäkseen naisille suunnattuja” noin puolet (51,5 %) ovat samaa mieltä ja yli kolmannes (37,5 %) eri mieltä. Sukupuoli vaikuttaa vastauksiin tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $p=0,001$ ) ja sukupuolten välinen ero näyttäytyy siten, että naiset (60,6 %) ovat miehiä (42,4 %) useammin väittämästä samaa mieltä. On mielenkiintoista, että naiset kokevat miehiä enemmän, että seksuaaliterveyspalvelut ovat enemmän heille itselleen suunnattuja. Miehistä eri tai täysin eri mieltä on 50,5 % ja naisista 27,3 %.



KUVIO 9. Sukupuolittain jaettu keskiarvo seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää tiedonsaantia koskevista väittämistä

## 7.7 Yhteenveto tuloksista

Tutkimuksen ensimmäinen tutkimusongelma oli ”Millaisia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä asenteita opiskelijoilla on?”. Hyvä lähtökohta asenteiden tarkastelulle on se, että selvästi suurin osa opiskelijoista haluaa tulevaisuudessa lapsia tai he eivät vielä ole varmoja asiasta. Opiskelijoita, jotka eivät halua lapsia, on hyvin vähän. Tutkimusaineistosta on havaittavissa, että opiskelijat ovat enimmäkseen kiinnostuneita niin omasta seksuaali- ja lisääntymisterveydestään kuin hedelmällisyydestäänkin, ja haluavat huolehtia terveydestään. Poikkeuksena tähän ovat ne vastaajat, jotka eivät halua lapsia. Lisäksi opiskelijat, jotka eivät seurustele, eivät ole yhtä kiinnostuneita seksuaali- ja lisääntymisterveydestään eikä hedelmällisyydestään. Lastenhankintatoiveista huolimatta monet opiskelijat kokevat, että lastenhankinnan sovittaminen opiskeluihin ja työelämään siirtymiseen on haastavaa. Enemmistö ajattelee, että opiskelut ja työt on tehtävä ensin, ja perhe perustetaan myöhemmin. Opiskelijoiden mielestä myös rahatilanteella on merkitystä siihen, milloin perhe on hyvä perustaa.

Asenteiden lisäksi osa väittämistä mittasi opiskelijoiden tietoutta hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Opiskelijat tietävät hyvin, että miehen hedelmällisyys muuttuu elämän aikana. Sen sijaan opiskelijoiden käsitys siitä, että naisen hedelmällisyys alkaa laskea kiihtyvästi 30. ikävuoden paikkeilla, on vähemmän yksimielinen. Lapsia tulevaisuudessa haluavat opiskelijat ovat kuitenkin paremmin tietoisia iän vaikutuksesta hedelmällisyyteen. Havainto on erityisen positiivinen sen suhteen, että lapsia tulevaisuudessa haluavat opiskelijat pitävät muita tärkeämpänä sitä, että raskaaksi tullaan luonnollisesti, ei hedelmöityshoitojen avulla. Lastenhankinta-aikeistaan epävarmat opiskelijat eivät suhtaudu lasten saamiseen luonnollisesti yhtä voimakkaasti eli myös hedelmöityshoitoja pidetään yhtenä vaihtoehtona.

Muissa tietoutta mittaavissa väittämissä opiskelijat olivat varsin valveutuneita. Elintapojen vaikutus hedelmällisyyteen ja tulevien lasten terveyteen tiedettiin hyvin, mukaan lukien anaboliset steroidit ja päihteet. Päihteiden vaikutus hedelmällisyyteen kuitenkin tunnettiin hieman heikommin kuin niiden raskaudenaikaisen käytön vaikutus tulevien lasten terveyteen. Myös sukupuolitautilien vaikutus hedelmällisyyteen tiedettiin erinomaisesti, mutta asennetta mittaavissa väittämissä erityisesti miehet eivät suhtautuneet sukupuolitaudeilta suojautumiseen niin ehdottomasti. Vajaa viidesosa miesopiskelijoista oli sitä mieltä, että sukupuolitautilien testaaminen kumppanin vaihtuessa ja silloin, kun oireita ei ole, on tarpeetonta. Miehet eivät myöskään pitäneet tietoa siitä, onko seksikumppani käynyt sukupuolitauditesteissä, niin tarpeellisena kuin naiset. Naiset suhtautuivat sukupuolitaudeilta suojautumiseen miehiä ehdottomammin. Sukupuolesta riippumatta kondomin käyttöä pidettiin arvossa ja useimpien mielestä raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisy on molempien osapuolten vastuulla.

Toinen tutkimusongelma oli ”Kuinka seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen ja siihen liittyvän tiedon saaminen koetaan?”. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että opiskelijat ovat oman arvionsa mukaan pääsääntöisesti kykeneviä hankkimaan luotettavaa terveystietoa ja apua seksuaaliterveyden ongelmiin. Sukupuolten välillä on eroja enimmäkseen vain siinä, että naiset ovat seksuaali- ja lisääntymisterveydestä kiinnostuneempia – naiset sekä haluavat lisää tietoa, lukevat mieluummin aiheeseen liittyviä artikkeleita että pitävät seksuaaliopetusta ja -valistusta hyödyllisempänä kuin miehet. Enemmistö opiskelijoista kokee, että seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on sallittua puhua julkisesti, ja

myös terveysalan ammattilaiselle aiheesta puhuminen on helppoa. Tutkimuksen tavoitteen kannalta on merkityksellistä, että yli puolet opiskelijoista eivät kuitenkaan kaipaa lisätietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Näin ajattelevat erityisesti miesvastaajat.

Kolmas tutkimusongelma oli ”Miten erilaiset taustamuuttajat (sukupuoli, ikä, painoindeksi, päihteiden käyttö, siviilisääty, halu saada lapsia) selittävät opiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteita?”. Liitteessä 3 on yhteenveto kaikista tilastollisista merkitsevyyksistä, joita esiintyi tutkimuksen taustamuuttajien ja tutkittavien väittämien välillä. Taustamuuttujista vastaajan sukupuoli oli selvästi yleisin muuttuja, jonka suhteen tilastollisesti merkitseviä eroja ilmeni. Myös vastaajan lastenhankinta-aikeiden suhteen eroja esiintyi varsin paljon. Kaiken kaikkiaan naisvastaajat ja ne opiskelijat, jotka haluavat lapsia, ovat valveutuneempia erityisesti tietoutta mittaavissa väittämässä. Ne vastaajat, jotka eivät vielä tiedä haluavatko lapsia, asettuvat vastauksissaan ääripäiden väliin. Naiset ja opiskelijat, joilla on lastenhankinta-aikeita, ovat myös asennekysymyksissä muun muassa kiinnostuneempia seksuaali- ja lisääntymisterveysasioista ja avoimempia ottamaan vastaan niihin liittyvää tietoa.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012, 6) mukaan tieteellinen tutkimus ja sen tulokset ovat eettisiä, luotettavia ja uskottavia vain, jos tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkimusetiikka koskee kaikkia tutkimusta tekeviä riippumatta siitä, tekeekö tutkimusta opiskelija vai ammattitutkija (Vilkkä 2007, 92). Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tutkimuksen teolta rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen teossa ja raportoinnissa. Tutkimuksen teossa tulee soveltaa tieteellisiä ja eettisiä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, ja tulokset tulee julkaista avoimesti ja vastuullisesti. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimuksen teossa kunnioitetaan muiden tutkijoiden tekemään työtä muun muassa asianmukaisilla viittauksilla. Lisäksi tutkimus suunnitellaan, toteutetaan, raportoidaan ja tutkimuksen tietoaaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti, ja tutkimukseen hankitaan tarvittavat tutkimusluvut. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tässä työssä eettisyyskysymykset on huomioitu opinnäytetyöprosessin alusta saakka. Jo tutkimuslupaa haettaessa opinnäytetyön tekijät sitoutuivat tutkimussuunnitelmassaan hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen. Rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden periaatteita on noudatettu läpi tutkimusprosessin. Tutkimusprosessin läpinäkyvyydestä on huolehdittu siten, että käytetyt tutkimusmenetelmät näkyvät opinnäytetyön raportissa perusteluineen. Tulokset on julkaistu avoimesti, joskin opinnäytetyölle sopivalla laajuudella. Tässä työssä tulokset olivat varsin laajat, sillä tilastollisia merkitsevyyksiä muuttujien ja taustamuuttujien välillä esiintyi runsaasti. Tästä johtuen työn raporttiin sisällytettiin ainoastaan p-arvoltaan merkitsevät ja erittäin merkitsevät tulokset. Melkein merkitsevät tulokset ovat kuitenkin nähtävissä liitetaulukosta (liite 3).

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää kunnioitusta muiden tutkijoiden tekemää työtä kohtaan. Tässä työssä muihin tutkimuksiin on viitattu Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeen mukaisesti siten, että lähteet ovat jäljitettävissä. Lähteisiin on viitattu asianmukaisesti ja kunnioittavasti niitä vääristelemättä. Valitut lähteet ovat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta alle 10 vuotta vanhoja ja kansainvälisiä lähteitä on hyödynnetty runsaasti tutkimuksen aiheeseen sopien.

Myös tutkimusaineistoa on käsitelty eettisten periaatteiden mukaisesti. Aineisto säilytettiin kansioissa opinnäytetyön tekijöiden kodeissa ja se syötettiin tilasto-ohjelmaan tyhjiissä luokkatiloissa ilman, että aineiston oli mahdollista päätyä sivullisten käsiin. Aineistoa käsiteltiin tyhjiissä luokkatiloissa myös tutkittavien anonymiteetin suojaamisen vuoksi. Tutkimusaineiston anonymisointi on jopa säädetty lakiin ja se tarkoittaa henkilötunnusteiden poistamista tai muuttamista niin, että yksittäiset henkilöt eivät ole aineistosta tunnistettavissa (Vilka 2007, 90, 95). Epäsuorista tunnistetiedoista vastaajan koulutusala jätettiin huomiotta aineiston analyysivaiheessa, näin suhteellisen pienet ryhmät kultakin alalta eivät ole tunnistettavissa. Taustamuuttujista ikä luokiteltiin uudelleen siten, että vanhimmat vastaajat, joita oli suhteessa hyvin vähän, luokiteltiin yhteen 25-35-vuotiaiden kategoriaan. Tutkittavien yksityisyyden suojaamisesta huolehdittiin koko tutkimusprosessin ajan. Jo kyselylomakkeen laadinnassa asia huomioitiin kansilehdellä, joka peitti varsinaiset kysymykset (liite 2). Kansilehden kirjallisessa saatteessa tutkittaville luvattiin, että tutkimukseen osallistuminen on luottamuksellista, nimetöntä ja vapaaehtoista. Näin tehtiin, koska tutkittavilla tulee olla oikeus kieltäytyä tutkimuksesta (Vilka 2007, 91). Kirjallisen saatteen mukainen informaatio annettiin myös suullisesti, ja näin varmistettiin, että jokainen osallistuja varmasti sai tarvittavat tiedot tutkimukseen osallistumisesta.

Jotta kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksia voidaan pitää luotettavina ja totuudenmukaisina, niitä tulee arvioida sekä tutkimuksen reliabiliteetin että validiteetin näkökulmista. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä eli mikäli tutkimus tehtäisiin uudelleen, se tuottaisi samat tulokset. Opinnäytetöissä uusintamittauksia reliabiliteetin todentamiseksi ei ole mahdollista, eikä taloudellista toteuttaa, vaan töissä on syytä panostaa kaikkien tutkimuksen vaiheiden hyvään dokumentointiin ja ratkaisujen perusteluun. (Kananen 2008, 79.) Tässä työssä reliabiliteettia todentaa tarkka raportointi ja perustelut tutkimusmenetelmien käytöstä ja niihin liittyvistä valinnoista. Jo niiden perusteella tutkimus olisi tarvittaessa toistettavissa. Uusintamittausten lisäksi reliabiliteettia voidaan arvioida korrelaatiokerrointen avulla. Korrelaatiokertoimia käyttäessä samaa asiaa kysytään samalla tavalla ja verrataan näiden kysymysten vastauksien yhtäläisyyttä. (Kananen 2008, 79.) Korrelaatiokertoimen käyttö olisi voinut soveltua myös tähän opinnäytetyöhön, vaikkakin asioiden kysyminen kahdella tavalla olisi pidentänyt entisestään jo valmiiksi pitkää kyselylomaketta. Jälkeenpäin ajatellen tässä opinnäytetyössä reliabiliteetikysymykset jäivät tutkimuksen tekovaiheessa valitettavan vähäiselle huomiolle. Kananen (2008, 81)



mukaan reliabiliteettia todentaa kuitenkin myös validiteetti. Jos validiteetti on kunnossa, ei reliabiliteettiin tarvitse juurikaan puuttua, sillä validius on yleensä tae reliabiliteetille.

Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on mitattu juuri niitä asioita, joita on ollut tarkoitus mitata (Vilkkä 2007, 150). Validiteetilla on useita alalajeja, mutta opinnäytetoissa on riittävää käsitellä ulkoisesta ja sisäisestä validiteetista koostuvaa kokonaisvaliditeettia. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimusprosessin systemaattista luotettavuutta. Hyvä sisäinen validiteetti edellyttää, että käytetty mittari on laadittu tarkasti, se on johdettu oikein teoriasta ja se mittaa täsmälleen haluttua asiaa. Sisäiseen validiteettiin kuuluu myös onnistunut operationalisointi. (Kananen 2008, 81–83.) Tässä opinnäytetyössä sisäistä validiteettia parantaa se, että mittariksi valittu kyselylomake oli testattu jo kahdessa aiemmassa ViVa-hankkeen asennekartoituksessa. Kyselylomakkeeseen tehtiin kuitenkin melko paljon muutoksia, jotta se soveltuisi paremmin korkeakouluopiskelijoille, joten se myös esitestattiin perusjoukkoon kuuluvilla henkilöillä. Esitestauksessa esiin nousi muutamia erityisesti väittämien yksiselitteisyyttä koskevia kommentteja, joten ne muokattiin ennen varsinaisen aineiston keräämistä. Operationalisoinnin sekä mittarin kysymysten ja vastausvaihtoehtojen onnistumista varmistettiin myös tapaamisessa ViVa-hankkeen edustajien kanssa. Lisäksi mittarin ulkoasu ja vastausohjeet mietittiin tarkasti sekä tarkistettiin, että väittämissä kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan.

Kyselylomakkeessa oli kuitenkin ongelmansa. Sisäistä validiteettia voi heikentää se, että yksittäisissä kysymyksissä tai väittämissä ei päästy täydelliseen yksiselitteisyyteen. Esimerkiksi kysyttäessä vastaajan mielestä sopivaa ikää hankkia lapsia, tutkittavat ovat voineet käsittää kysymyksen kahdella tavalla: mikä olisi itselle sopiva ikä tai mikä on yleisesti ottaen sopiva ikä hankkia lapsia. Myös kysymyksessä vastaajan yleisimmin käyttämästä ehkäisymenetelmästä ongelmana oli se, ettei kysymyksessä otettu huomioon oliko vastaaja ollut yhdynnässä vai ei. Tästä johtuen niiden vastaajien, jotka eivät ilmoittaneet olleensa yhdynnässä, vastaukset jätettiin ehkäisykysymyksessä huomiotta. Lisäksi analyysivaiheessa havaittiin, että joidenkin väittämien kohdalla olisi ollut tarpeellista tehdä selkeä jako siihen, mittaako väittämä asennetta vai tietoutta. On myös vaikeaa sanoa oliko en osaa sanoa (eos) -vastausvaihtoehdon sisällyttäminen kyselylomakkeeseen parantanut vai heikentänyt tutkimuksen sisäistä validiteettia. Eos-vastaus voi tarkoittaa useita eri asioita, esimerkiksi sitä, ettei tutkittavalla ole asiasta riittävästi tietoa tai asialla ei ole tutkittavalle juurikaan merkitystä. Vastausvaihtoehdon sisällyttäminen kyselylomakkeeseen

seen olisi voinut jo itsessään tuottaa mielenkiintoisia tuloksia seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteista, mutta toisaalta syy eos-vastauksille olisi voinut joka tapauksessa jäädä epäselväksi.

Ulkoisen validiteetti liittyy tutkimustulosten yleistettävyyteen. Ulkoisen validiteetin voidaan ajatella olevan kunnossa, jos tutkimuksen otos vastaa perusjoukkoa. (Kananen 2008, 81.) Tässä työssä käytettiin harkinnanvaraisiin menetelmiin kuuluvaa kiintiöotantaa, minkä vuoksi tulosten yleistettävyyteen on suhtauduttava tietyllä varauksella. Otannan onnistumisen puolesta puhuu kuitenkin se, että vastaajien taustatiedot vastaavat monilta osin kansallista Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimusta 2012. Vastausjakaumat tutkimusten välillä ovat lähes yhtäläiset painoindeksin, tupakoinnin, siviilisäädyn ja halun saada lapsia suhteen (Kunttu & Pesonen 2012, 48, 67, 86). Yleistettävyyttä parantaa myös se, että vastausten kato oli hyvin pieni ja otoskoko suuri. Kadosta johtuvaa tulosten vääristymää ei siis oleteta tapahtuneen, ja mitä suurempi otoskoko on, sitä paremmin sen ajatellaan olevan yleistettävissä perusjoukkoon (Vilka 2007, 57).

## 8.2 Tulosten tarkastelu ja jatkotutkimusaiheet

Asenteiden näkökulmasta seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä tutkimus on ollut vielä melko vähäistä. Opinnäytetyön avulla saatiin uutta tietoa korkeakouluopiskelijoiden kiinnostuneisuudesta omaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kohtaan sekä asenteista liittyen lastenhankintaan, raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyyn, ja hedelmällisyyteen vaikuttaviin elintapoihin. Lisäksi tietoa saatiin opiskelijoiden kokemuksista ja asenteista seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen palveluita ja aiheeseen liittyvää tiedon-saantia kohtaan. Opinnäytetyön tulokset valottivat myös sitä, mitkä taustamuuttajat vaikuttavat korkeakouluopiskelijoiden asenteisiin. Näitä taustamuuttajia olivat vastaajan sukupuoli, siviilisääty ja aikomus hankkia lapsia tulevaisuudessa. Voidaan siis todeta, että vastaus saatiin niin työlle asetettuun tarkoitukseen kuvailla korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteita kuin kaikkiin tutkimusongelmiinkin. Opinnäytetyön tulokset yhdistettynä aiempiin tutkimuksiin ja teorian tietoon lisäävät ymmärrystä siitä, mitkä asiat vaikuttavat korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymiseen. Saatua tietoa voidaan hyödyntää sekä yksilötason terveysneuvonnassa että yhteisöjen terveyden edistämässä, kuten terveysviestinnässä, joiden avulla päästään kohti työn tavoitetta.

Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että huomattavan suuri osa korkeakouluopiskelijoista haluaa tulevaisuudessa saada lapsia, vaikka tutkimusten välillä onkin jonkin verran eroja sen suhteen, kuinka moni on lastenhankinta-aikeistaan epävarma (Virtala ym. 2011, 110; Klemetti ym. 2014, 172). Tässä työssä opiskelijoiden toiveet saada lapsia näyttäytyivät samansuuntaisesti kuin aiemmissa tutkimuksissa, sillä suurin osa (65,7 %) opiskelijoista halusi saada lapsia, noin kolmasosa ei vielä osannut sanoa ja vain hyvin harva (4 %) ei halunnut saada lapsia. Opiskelijoiden mielestä sopiva lastenhankintaikä naisilla oli keskimäärin lähes 27 vuotta ja miehillä noin 28 vuotta. Näin ollen opiskelijoiden määrittelemät ihanneiät ovat lähempänä koko väestön näkemyksiä sopivasta lastenhankintaikästä kuin korkeakoulutettujen asettamia ihanneikiä Perhebarometrissa 2015. Tässä opinnäytetyössä opiskelijoiden mielestä sopiva lastenhankintaikä miehillä oli jopa matalampi kuin koko väestön näkemys sopivasta iästä. (Miettinen 2015, 31–32.)

Kun lastenhankintaa lykätään hedelmällisen iän loppupuolelle, tahattoman lapsettomuuden riski kasvaa ja toivotun lapsiluvun saavuttaminen on yhä vaikeampaa (Miettinen 2015, 11, 89–90). Syitä lastenhankinnan lykkäämiselle opiskelijoilla tiedetään olevan ainakin sopivan kumppanin puute, yleinen ilmapiiri sekä epävarma talous- ja työllisyystilanne (Ali-Löytty 2009, 40, 53; Klemetti ym. 2014, 172, 175; Miettinen 2015, 5, 16). Taloudellisen tilanteen osalta tämä tutkimus vahvistaa jo aiemmin havaittua, sillä lähes kaikki opiskelijat olivat sitä mieltä, että lastenhankintaa on viisasta lykätä huonon taloudellisen tilanteen vuoksi. Enemmistö piti viisaana suorittaa opinnot loppuun ja hankkia työpaikka ennen lastenhankintaan ryhtymistä. Lisäksi lähes kaikki pitivät lastenhankinnan sovittamista opiskeluihin ja työelämään vaikeana. On siis erittäin tarpeellista, että keinoja opiskelun ja perheen perustamisen yhdistämiseen etsitään aktiivisesti. Kyseisen ongelman korjaaminen onkin nostettu tavoitteeksi Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014–2020 (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 57).

Virtalan ym. (2011, 11) tutkimuksessa opiskelijoiden tietotaso lisääntymisterveyden suhteen ilmeni puutteellisena. Esimerkiksi iän vaikutus hedelmällisyyteen tiedettiin varsin huonosti. Tässä työssä opiskelijoiden tietous hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä näyttäytyi kuitenkin suhteellisen positiivisena. Opiskelijat uskoivat lähes poikkeuksetta sukupuolitautilien, tupakoinnin ja alkoholin käytön vaikuttavan hedelmällisyyteen. Päih-teillä tiedettiin olevan vaikutusta myös tulevan lapsen terveyteen. Myös ruokailutottumusten, yli- ja alipainon sekä anabolisten steroidien yhteys hedelmällisyyteen tunnettiin hyvin. Opiskelijat myös pääasiassa uskoivat, että hyvä terveys ja elintavat vaikuttavat

seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sekä tulevien lasten terveyteen vielä vuosien kuluttua. Erityisen myönteisenä näyttäytyivät naisopiskelijoiden käsitykset hedelmällisyyteen ja tulevien lasten terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Tässä työssä sukupuolten väliset tietämyserot olivat vastaavat kuin Virtalan ym. (2011, 110–111) tutkimuksessa eli naiset vaikuttavat olevan seksuaali- ja lisääntymisterveyden aiheista miehiä tietoisempia.

Hyvän tietämyksen lisäksi lähes kaikki opiskelijat haluavat pitää huolta terveydestään ja kolme neljästä opiskelijasta myös haluaa pitää itsestään huolta liikkumalla säännöllisesti. Myös muiden tutkimusten mukaan opiskelijat haluavat pitää huolta terveydestään, he suhtautuvat esimerkiksi liikuntaan yhä positiivisemmin ja ajattelevat ruokavalintoja tehdessään ruuan terveellisyyttä (Kunttu & Pesonen 2012, 63–65; Saari ym. 2013, 37–38). Hyvät tiedot, halu huolehtia terveydestä ja vastuullinen asenne eivät silti aina takaa toivottua terveyskäyttäytymistä. Tutkimusten mukaan esimerkiksi vain pieni osa opiskelijoista liikkuu riittävästi liikuntasuosituksiin nähden ja myös runsas istuminen on opiskelijoilla hyvin yleistä (Kunttu & Pesonen 2012, 60–63; Saari ym. 2013, 37–38). Myös ylipainoisuus on opiskelijoilla melko tavallista. Tässä työssä opiskelijoiden yli- ja alipainoisuutta esiintyi vastaavissa määrin kuin Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa 2012 eli korkeakouluopiskelijoista noin kolmannes on ylipainoisia ja miehet jonkin verran naisia enemmän (Kunttu & Pesonen 2012, 48).

Terveyskäyttäytyminen on monimukainen prosessi, johon vaikuttavat monet tekijät ja jossa eri tekijöiden painoarvo päätöksenteossa voi olla erisuuruinen. Tämän työn tuloksissa on havaittavissa sama, kuin minkä Räsänenkin (2010, 112–113) toteaa eli asenteet voivat vaikuttaa päätöksentekoon enemmän kuin tieto. Tulokset esimerkiksi osoittavat, että opiskelijat ymmärtävät sukupuolitautilien vaikutuksen hedelmällisyyteen ja pitävät kondomin käyttöä sukupuolitautilien ehkäisyssä tärkeänä. Tästä huolimatta jopa noin 15 % miesvastaajista pitää sukupuolitautilien testaamista turhana, jos oireita ei ole. Vielä useampi, noin viidennes miehistä ei pidä tarpeellisena saada tietää seksikumppanin sukupuolitautilien testausta ennen suojaamattoman seksin harrastamista. Myös tilastot osoittavat, että sukupuolitaudeilta suojautuminen on joiltain osin puutteellista, sillä klamydia ja tipuri yleistyvät niin koko Suomessa kuin Pirkanmaallakin (THL n.d.; YTHS 2015). Sukupuolitautilien yleistymiseen voivat kuitenkin vaikuttaa palveluiden parantunut saataavuus, mikä helpottaa sukupuolitauditesteihin hakeutumista. Esimerkiksi klamydian ja tipurin kotitestaus on lisännyt havaittujen sukupuolitautilien määrää (YTHS 2015).

Opinnäytetyön tuloksien hyödyntämisen kannalta huomionarvioista on se, että vaikka opiskelijat ovat kiinnostuneita seksuaali- ja lisääntymisterveydestään sekä hedelmällisyydestään, yli puolet opiskelijoista eivät pidä tarpeellisena saada aiheesta lisätietoa. Lähes kaikki kuitenkin pitävät seksuaaliopetusta ja -valistusta hyödyllisenä sekä kokevat, että seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on sallittua puhua julkisesti ja helppo puhua terveysalan ammattilaisen kanssa. Useimmat opiskelijat luottavat omaan kykyynsä löytää luotettavaa terveystietoa internetistä ja saavansa tarvittaessa apua seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmiinsa. Nämä tulokset antavat viitteitä siitä, millaisia kanavia käyttäen opiskelijat on mahdollista tavoittaa. On kenties viisaampaa, että lisääntymisterveyttä edistävää neuvontaa annetaan silloin, kun opiskelija sitä itse pyytää. Tosin Brandtin (2013, 36, 42) haastattelemat opiskelijat erityisesti toivoivat, että hedelmällisyysneuvonnan avulla heidät pysäytettäisiin pohtimaan tulevaisuudensuunnitelmiaan ja hedelmällisyysneuvonta tehtäisiin näkyväksi, koska sitä ei ehkä osata pyytää. Tämän työn tulosten perusteella myös terveysviestintään lienee syytä panostaa, sillä vaikuttaisi siltä, että opiskelijat mieluummin hakevat itse tiedon ja pyytävät apua sitä tarvitessaan. Tästä syystä luotettavaa terveystietoa tulee tuottaa ja jakaa laajasti siten, että tieto on helposti opiskelijoiden löydettävissä eri kanavista.

Suunniteltaessa seksuaaliterveyden palveluja ja lisääntymisterveyttä edistävää neuvontaa on muistettava, että terveydelle haitallinen terveyskäyttäytyminen polarisoituu tietyille ryhmille ja hedelmällisyyteen vaikuttavat riskitekijät kumuloituvat. Esimerkiksi raskaudenkeskeytyksiä on 20–24 -vuotiailla paljon ja lukua nostaa erityisesti se, että toistuvien raskaudenkeskeytysten määrä samoilla henkilöillä kasvaa (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 13). Myös seksuaalista riskikäyttäytymistä, kuten ehkäisyn laiminlyömistä, on yleensäkin enemmän sellaisilla henkilöillä, jotka ovat aloittaneet seksielämän nuorena ja käyttävät runsaasti päihteitä (Nikula ym. 2009, 62; Leikko ym. 2015, 301). Näiden ryhmien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen on tästä syystä tärkeää panostaa. On kuitenkin positiivista, että esimerkiksi seksuaaliselle riskikäyttäytymiselle altistava päihteiden käyttö on vähentynyt opiskelijoiden keskuudessa viime vuosina (Kunttu & Pesonen 2012, 66–70, 95).

Seksuaaliterveyden palvelujen suunnittelussa on huomioitava myös muiden kuin erityisten riskiryhmien tarpeet. Esimerkiksi miehet voivat kokea lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan olevan naisille suunnattua, minkä vuoksi neuvonta ei tavoita miehiä, jotka

kenties neuvontaa tarvitsisivat. Tähän tutkimukseen osallistuneet opiskelijat eivät kuitenkaan pitäneet seksuaaliterveyden palveluja niin sukupuolittuneina kuin esimerkiksi Brandtin (2013, 47–48) tutkimuksessa. Siinä opiskelijat kokivat hedelmällisyyteen liittyvän keskustelun olevan hyvinkin sukupuolittunutta ja opiskelijat itse arvioivat miesten tietouden hedelmällisyydestä olevan naisia heikompaa. Tässä työssä palvelujen sukupuolittuneisuus koettiin siten, että naiset kokivat miehiä enemmän palvelujen olevan naisille suunnattuja. Näin ajatteli jopa 60 % naisista, mutta miehistäkin noin 40 %. Tämän perusteella voidaan vain arvella, mutta kenties seksuaaliterveyden palvelujen sukupuolittuneisuus on väistymään päin tai nykyään miehet kokevat sallitumpana hakea neuvoja seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmiinsa. Jälkimmäistä ajatusta tukisi ainakin se, että Pietilä (2008, 238–239) havaitsi väitöstutkimuksessaan maskuliinisuuteen liitetyn välinpitämättömyyden terveydestä olevan väistymässä moninaisemman terveysajattelun tieltä.

Ryhmien välisiä eroja esiintyi tässä työssä myös muiden ryhmien kuin naisten ja miesten välillä. Eri ryhmien väliset erot liittyivät siihen, kuinka itsestä halutaan huolehtia ja miten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen asennoidutaan. Positiivista oli se, että lapsia tulevaisuudessa haluavat opiskelijat olivat erityisen innokkaita pitämään huolta terveydestään ja liikkuiivat säännöllisesti. Heillä myös korostui asenne, että lapset toivottiin saatavan luonnollisesti, ei hedelmöityshoitojen avulla. Opiskelijat, jotka eivät olleet lastenhankinta-aikeistaan varmoja tai eivät halunneet lapsia, eivät olleet yhtä innokkaita huolehtimaan terveydestään, eivätkä yhtä tietoisia hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Vastaava ilmiö tuli esiin myös seurustelemattomilla verrattuna vakituisesti seurusteleviin. Näin ollen lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan haasteena voidaan tulosten perusteella ajatella olevan se, miten tavoitetaan ne henkilöt ja suojellaan heidän hedelmällisyyttään, jotka eivät pidä lastenhankintaa alkuunkaan ajankohtaisena esimerkiksi sopivan kumppanin puuttuessa. Tiedetään, että hedelmällisyyden suojelu ja muutoksen tekeminen esimerkiksi elintapojen suhteen edellyttää yksilön sisäistä motivaatiota. Muutoshalukkuus syntyy yksilöstä itsestään, eikä sitä voi pakottaa. (Naidoo & Wills 2009, 138; Absetz & Hankonen 2011, 2270.) Hedelmällisyys ei kuitenkaan ole ikuista, minkä vuoksi terveydenhuollon tehtäväksi jäänee se, että hedelmällisyyden suojelu nostetaan oikealla tavalla ja oikeaan aikaan esiin. Tarkoituksenmukaisilla interventioilla voidaan parhaimmillaan välttää valtava määrä tahattomasta lapsettomuudesta aiheutuvaa subjektiivista haittaa.

Opinnäytetyössä onnistuttiin kuvailemaan laajasti opiskelijoiden asenteita seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyen, ja siten saatiin tietoa lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan tueksi ja kehittämiseksi. Tulosten suoraviivainen vertaaminen aiempiin tutkimuksiin ei kuitenkaan ollut mahdollista, sillä vastaavia tutkimuksia aiheesta ei juuri ole tehty Suomea vastaavissa kulttuureissa. Opinnäytetyö siis tuotti täydentävää ja täysin uuttakin tietoa aiempien tutkimusten rinnalle. Pääpuutteet työssä johtuivat tutkimusmetodologisista ongelmista sekä strukturoidussa kyselylomakkeessa jälkeenpäin havaituista puutteista. Jos tutkimusmetodiksi olisi valittu laadullinen tutkimus, seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteista saatu tieto olisi voinut olla vielä yksityiskohtaisempaa, mutta vähemmän yleistettävää. Myös pitkittäistutkimus olisi voinut tarjota mielenkiintoisia näkökulmia asenteiden kauaskantoisista vaikutuksista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja siihen liittyvään käyttäytymiseen. Tässä työssä kyselylomakkeen laajuus aiheutti sen, että tulosten analyysissa ei voitu keskittyä kaikkiin yksityiskohtiin. Tutkimusaineisto todennäköisesti tarjoaisi enemmänkin analysoitavaa, kuin mitä opinnäytetyön laajuudella pystyttiin analysoimaan. Toinen kyselylomakkeen keskeinen ongelma oli se, että tietouteen ja asenteisiin liittyvät väittämät olivat jossain määrin epäselvästi jaoteltuja. Niiden selkeämpi erottelu olisi paitsi selkeyttänyt analyysia että tarjonnut asenteista tarkempaa tietoa.

Koska seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimus asenteiden näkökulmasta on tähän mennessä ollut vielä vähäistä, on aihetta syytä tutkia lisää. Jatkotutkimuksia aiheesta olisi hyvä toteuttaa ainakin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Laadullinen tutkimus aiheesta voisi tuottaa vielä syvempää tietoa niistä asioista, jotka vaikuttavat korkeakouluopiskelijoiden ja muidenkin ryhmien seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytymisen taustalla. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä asenteita olisi mielenkiintoista tutkia myös lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan näkökulmista. Esimerkiksi Reproductive life plan (RLP) -malliin perustuvaa ehkäisyneuvontaa voitaisiin kokeilla Suomessa ja sen toimivuutta arvioida siten, että onko RLP-malliin perustuvaa ehkäisyneuvontaa saaneiden seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteet vastaavat kuin tavanomaista ehkäisyneuvontaa saaneilla. Verrokkitutkimuksella voitaisiin saada tietoa siitä, muuttuvatko asenteet uudenlaisen lisääntymisterveyttä edistävän neuvonnan myötä.

## LÄHTEET

- Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? *Terveydenhoitaja* 1/2010, 8–12.
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 127 (21), 2265–2272.
- Ali-Löytty, A. 2009. Opiskelijavanhemmuuden ristiriidat. Tampereen yliopisto. Sosiaalitutkimuksen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Alvarez, S. 2015. Do some addictions interfere with fertility? *Fertility and Sterility* 103 (1), 22–26.
- Anttila, L. 2008. Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen. *Duodecim* 124 (21), 2438–2442.
- Barker, D., Ericsson, J., Forsten, T. & Osmond, C. 2002. Fetal origins of adult diseases. Strength of effects and biological basis. *International Journal of Epidemiology* 31 (6), 1235–1239.
- Botha, E. & Tuomi, J. 2016. Luonnollinen hedelmällisyys - uhanalainen ilmiö. *Terveydenhoitaja* 3–4/2016, 46–47.
- Brandt, J. 2013. Yliopisto-opiskelijoiden näkemyksiä hedelmällisyysneuvonnasta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Ebisch, I., Thomas, C., Peters, W., Braat, D. & Steegers-Theunissen, R. 2007. The importance of folate, zinc and antioxidants in the pathogenesis and prevention of subfertility. *Human Reproduction Update* 13 (2), 163–174.
- Gaskins, A., Colaci, D., Mendiola, J., Swan, S. & Chavarro, J. 2012. Dietary patterns and semen quality in young men. *Human Reproduction* 27 (10), 2899–2907.
- Hankonen, N. 2011. Psychosocial Processes of Health Behaviour Change in a Lifestyle Intervention. Influences of Gender, Socioeconomic Status and Personality. *Tutkimus* 51. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hankonen, N. 2012. Millaiset psykososiaaliset prosessit johtavat elämäntapamuutoksen onnistumiseen? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49 (1), 75–78.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Porvoo: Edita Publishing Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit 2008.



- Homan, G., Davies, M. & Norman, R. 2007. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update* 13 (3), 209–223.
- Jaatinen, P. 2015. Sukurauhaset ja alkoholi. Teoksessa Aalto, M., Alho, H., Kiianmaa, K. & Lindroos, L. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 208–215.
- Jensen, T., Swan, S., Skakkebak, N., Rasmussen, S. & Jørgensen N. 2010. Caffeine Intake and Semen Quality in a Population of 2,554 Young Danish Men. *American Journal of Epidemiology* 171 (8), 883–891.
- Joutsenniemi, K. 2011. Perhe ja siviilisäät. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) *Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 73–89.
- Jurewicz, J., Radwan, M., Sobala, W., Ligocka, D., Radwan, P., Bochenek, M. & Hanke, W. 2014. Lifestyle Factors and Semen Quality: Role of Modifiable Risk Factors. *Systems Biology in Reproductive Medicine* 60 (1), 4351.
- Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2008.
- Kirkkola, A., Mattila, K. & Virjo, I. 2005. Problems with condoms – a population-based study among Finnish men and women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 10 (2), 87–92.
- Klemetti, R. 2015. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A. (toim.) *Kätilötyö*. 6. painos. Helsinki: Edita, 371–375.
- Klemetti, R., Gissler, M., Lammi-Taskula, J. & Miettinen, A. 2014. Lastenhankinnan ajoitus. Teoksessa Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 170–181.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen opas 33. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koivusilta, L. 2011. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) *Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 123–141.
- Kontula, O. 2015a. Halu. FINSEX-tutkimus 2015. Väestöliitto. Luettu 3.7.2016. [http://www.vaestoliitto.fi/tieto\\_ja\\_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen\\_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/finsex-halu/](http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/finsex-halu/)
- Kontula, O. 2015b. Yhdyntätrendit. FINSEX-tutkimus 2015. Väestöliitto. Luettu 3.7.2016. [http://www.vaestoliitto.fi/tieto\\_ja\\_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen\\_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/finsex-yhdyntatrendit/](http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/finsex-yhdyntatrendit/)

- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kunttu, K. & Pesonen, T. 2012. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47. Helsinki: YTHS.
- Leikko, R., Suominen, T., Rantanen, A., Eriksson, T., Apter, D. & Lehtinen, M. 2015. Nuorten naisten seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 52 (4), 295–305.
- Litmanen, K. 2015 Hormonieritys eri ikäkausina. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A. (toim.) *Kätilötyö*. 6. painos. Helsinki: Edita, 99–100.
- Malik, S. 2009. Impact of obesity on female fertility and fertility treatment. *British Journal of Midwifery* 17 (7), 452–454.
- Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. *Katsauksia E40/2011*. Helsinki: Väestöliitto.
- Miettinen, A. 2015. Miksi syntyvyys laskee? Suomalaisten lastensaantiin liittyviä toiveita ja odotuksia. *Perhebarometri 2015. Katsauksia E49/2015*. Helsinki: Väestöliitto ry, Väestöntutkimuslaitos.
- Miettinen, A. & Szalma, I. 2014. Childlessness intentions and ideals in Europe. *Finnish Yearbook of Population Research XLIX 2014*, 31–55.
- Naidoo, J. & Wills, J. 2009. *Foundations for Health Promotion*. 3. painos. Iso-Britannia: Baillière Tindall.
- Nikula, M. 2009. Young men's sexual behaviour in Finland and Estonia. Opportunities for prevention of sexually transmitted infections. *Tutkimus 26/2009*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Papp, K., Kontula, O. & Kosonen, K. 2000. Nuorten aikuisten seksuaalikäyttäytyminen ja seksuaaliset riskinotot. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 36/2000. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos, Väestöliitto.
- Perheentupa, A. & Rönkä, R. 2009. Testosteronihoito vaarantaa siittiötuotannon. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (8), 821–823.
- Pietilä, I. 2008. Between Rocks and Hard Places. Ideological dilemmas in men's talk about health and gender. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Ramlau-Hansen, C., Thulstrup, A., Aggerholm, A., Jensen, M., Toft, G. & Bonde J. 2007. Is smoking a risk factor for decreased semen quality? A cross-sectional analysis. *Human Reproduction* 22 (1), 188–196.
- Raskauden ehkäisy. 2015. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2015. Luettu 27.6.2016. <http://www.kaypahoito.fi>

- RFSU. 2016. Kondomittari 2016. Tutkimuskooste. [pdf] Julkaistu 23.5.2016. Luettu 27.6.2016. <http://www.rfsu.se/fi/Suomi/Medialle/Ajankohtaista/Kondomittari-2016/>
- Riska, E. 2011. Sukupuoli. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) Sosiaalipidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 60–72.
- Räsänen, J. 2010. Terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia: Precede-Proceed-malli. Teoksessa Pietilä, A. (toim.) Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. 1. painos. Helsinki: WSOYpro, 100–116.
- Saari J., Ansala J., Pulkkinen S. & Mikkonen J. 2014. Korkeakoululiikunnan barometri 2013. Korkeakoululiikunnan suositusten toteutuminen ja opiskelijoiden liikunta-aktiivisuus. Helsinki: Opiskelijoiden Liikuntaliitto ry.
- Salmela-Aro, K. 2011. Mikä nuoria liikuttaa? Uupumuksesta intoon. Tieteessä tapahtuu 29 (4–5), 3–6.
- Savioja, H., Sumia, M. & Kaltiala-Heino, R. 2015. Seksuaalikokemukset ja mielenterveys nuoruusiässä. Suomen Lääkärilehti 70 (6), 309–314.
- Schmidt, M. 2012. Predictors of self-rated health and lifestyle behaviours in Swedish university students. Global Journal of Health Science 4 (4), 1–14.
- Sharma, R., Biedenharn, K., Fedor, J. & Agarwal, A. 2013. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. Reproductive Biology and Endocrinology 11 (1), 1–15.
- Stern, J., Larsson, M., Kristiansson, P. & Tydén, T. 2013. Introducing reproductive life plan-based information in contraceptive counselling: an RCT. Human Reproduction 30 (12), 2450–2461.
- Tampereen kaupunki. n.d. Sukupuolitaudit. Klamydian ja tippurin kotitestaus. Luettu 3.7.2016. <http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/koulu-ja-opiskeluterveydenhuolto/opiskeluterveydenhuolto/seksuaaliterveys/sukupuolitaudit.html#klamydianjatippurinkotitestaus>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- THL. 2014. Lisäntymisterveyttä edistävä neuvonta. Päivitetty 2.10.2014. Luettu 27.6.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/lapsettomuus/lisaantymisterveytta-edistava-neuvonta>
- THL. 2015a. Perinataalitulasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2014. Tilastoraportti 19/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL. 2015b. Hedelmöityshoidot 2013–2014. Tilastoraportti 9/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL. 2016. Tahaton lapsettomuus. Päivitetty 27.5.2016. Luettu 27.6.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/lapsettomuus/tahaton-lapsettomuus>

THL. n.d. Sukupuolitautipatogeenit. Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta. Luettu 28.6.2016. <https://www.thl.fi/ttr/gen/rpt/tilastot.html>

Tiitinen, A. & Koskimies A. 2015. Lihavuuden vaikutus hedelmällisyyteen. Teoksessa Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) Lihavuus. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 81–83.

Tiitinen, A. & Perheentupa, A. 2014. Hedelmällisyys. Espoo: MSD Finland Oy.

Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011. Lapsettomuuden syyt. Teoksessa Ylikorkala, O. & Tapanainen, J. (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Duodecim, 175–179.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. 2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. 2015. Pre-conception Peer Educators (PPE) Program. Päivitetty 6.12.2015. Luettu 30.6.2016. <http://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=3&lvlid=9>

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338.

Vanttaja, M., Tähtinen, J., Koski, P., Zacheus, T. & Nevalainen, A. 2015. Nuorten terveystietoisuus ja liikunta-aktiivisuus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 52 (2), 130–143.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Virtala, A., Vilska, S., Huttunen, T. & Kunttu, K. 2011. Childbearing, the desire to have children, and awareness about the impact of age on female fertility among Finnish university students. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 16 (2), 108–115.

ViVa-hanke. n.d. Terve raskaus, normaali synnytys: tietoa, tukea ja ohjausta perheen terveelliseen elämäntapaan. Pääsivu. Luettu 10.11.2015. <http://www.viva.tamk.fi>

Väestöliitto n.d. Väestöliiton seksimittari. Työkalu seksuaalisuuden puheeksiottamiseen ja nuoruusikäisen riskikäyttäytymisen tunnistamiseen. [pdf] Luettu 5.7.2016. <http://www.vaestoliitto.fi/@Bin/1238789/Seksimittarin+kaikki+osat.pdf>

WHO. n.d. a. Reproductive health. Luettu 24.11.2015. [www.who.int/topics/reproductive\\_health/en](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en)

WHO. n.d. b. Sexual health. Luettu 24.11.2015. [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/)

WHO. n.d. c. Infertility. Luettu 18.1.2016. <http://www.who.int/topics/infertility/en/>

Wise, L., Rothman, K., Mikkelsen, E., Sørensen, H., Riis, A. & Hatch, E. 2010. An internet-based prospective study of body size and time-to-pregnancy. *Human Reproduction* 25 (1), 253–264.

YTHS. 2015. Seksitautien etätestaus tavoitti miesopiskelijat. Tiedote. [pdf] Julkaistu 21.12.2015. Luettu 26.6.2016. [http://www.yths.fi/filebank/3445-Etatestaus\\_uutinen\\_211215.pdf](http://www.yths.fi/filebank/3445-Etatestaus_uutinen_211215.pdf)

## LIITTEET

### Liite 1. Yhteenvedo hedelmällisyyteen vaikuttavista tekijöistä

Taulukko on tehty mukaillen Tuomen ja Bothan (2016, 47) Terveystieteiden lehdessä julkaistua taulukkoa luonnollisesta hedelmällisyydestä ja lisääntymisterveyteen vaikuttavista tekijöistä.

Tekijä ja vaikutus hedelmällisyyteen		Naisella	Miehellä
<b>Ikä</b>	Yli 35 vuoden iässä merkittävä hedelmällisyyden heikkeneminen (4, 8, 11)	Hormonaaliset muutokset, kuumakautis- ja alkuraskauden häiriöt sekä munasolujen laadun heikkeneminen pienentävät mahdollisuuksia tulla raskaaksi ja ylläpitää raskautta (9, 11)	Testosteronitasojen laskun myötä siemennesteen laatu heikkenee (11)
<b>Ravitse-</b> <b>mus</b>	Monipuolinen ruokavalio ja tiettyjen antioksidanttien riittävä saanti edistävät hedelmällisyyttä (2, 3, 11, 12)	Monipuolinen ruokavalio (esim. pehmeät rasvat) ja antioksidantit (esim. folaatti, riittävät rautavarastot) edistävät hedelmällisyyttä (2, 3, 11, 12)	Monipuolinen ruokavalio (esim. kuidut, pehmeät rasvat) ja antioksidantit (esim. folaatti) parantavat siemennesteen laatua (2, 3)
	Kofeiinilla ja virvoitusjuomilla lievä/epäselvä hedelmällisyyttä heikentävä vaikutus (5, 6, 11)	Yli 500 mg kofeiinia päivässä haitallista naisen hedelmällisyydelle (11)	Kofeiini vaikuttaa positiivisesti siittiöiden liikkuvuuteen, mutta lisää siittiöiden epämuodostumia, runsas kofeiinin käyttö voi heikentää siemennesteen laatua (5, 6, 7)
<b>Liikunta</b>	Edistää hedelmällisyyttä erityisesti ylipainoon yhdistettynä, alipainoon yhdistettynä heikentävä vaikutus mahdollinen (11, 12)	Kohtuullinen liikunta on hyväksi hedelmällisyydelle, mutta liian kova liikuntaharjoittelu erityisesti alipainoon yhdistettynä voi heikentää hormonitasapainoa ja siten hedelmällisyyttä (11)	Vapaa-ajan liikunta-aktiivisuus lisää siittiöiden määrää (7)
		Lihavuuden aiheuttamat hormonimuutokset korjautuvat liikunnan vaikutuksesta, jolloin hedelmällisyys paranee (12)	Lihavuuden aiheuttamat hormonimuutokset korjautuvat, jolloin hedelmällisyys paranee (12)
<b>Paino</b>	Alipaino (BMI $\leq$ 18,4) heikentää hedelmällisyyttä (11)	Hormonitoiminnan muutoksista johtuvat ovulaatiohäiriöt (11)	Siittiöiden määrä siemennesteessä pienempi kuin normaalipainoisilla (11)
	Ylipaino (BMI $\geq$ 25) heikentää hedelmällisyyttä, erityisesti lihavuus ja vyötärölihavuus (7, 12)	Hormonitoiminnan muutoksista johtuvat ovulaatiohäiriöt, häiriöt alkion kiinnittymisessä kohdun limakalvolle, kohonnut keskenmenoriski (9, 11, 12)	Alentuneista testosteronitasoista johtuva siittiöiden tuotannon ja laadun heikkeneminen, erektiohäiriöt ja seksuaalinen haluttomuus (7, 11, 12)

<b>Päihteet</b>	Tupakointi heikentää hedelmällisyyttä (1, 4, 11)	Kypsymättömien munasolujen tuhoutuminen, menopauszin varhaisuus 1-4 vuodella, munasolujen heikompi hapettuminen ja hedelmöitymisen vaikeudet, sillä mm. kohdun limakalvon vastaanottavuus heikentynyt (1, 4)	Siittiöiden tuotanto, liikkuvuus ja hedelmöityskyky heikkenevät, siittiöiden epämuodostumat, hedelmöityskyky heikkenee (11)
	Alkoholin runsas käyttö heikentää hedelmällisyyttä (5, 9, 11)	Runsaaseen käyttöön liittyvät hormonitasapainon muutokset aiheuttavat ovulaatiohäiriöitä, muutoksia kohdun limakalvossa, keskenmenoja ja alkion kehityksen häiriöitä (5, 11)	Runsaaseen käyttöön liittyvä testosteronitasojen lasku vähentää siittiöiden tuotantoa, liikkuvuutta ja lisää siittiöiden epämuodostumia, mahdolliset erektiohäiriöt (5, 9)
		Ovulaationaikainen kohtuu- tai kertaikäyttö voi heikentää raskauden mahdollisuutta kyseisen kuukautiskierron aikana (1)	
	Huumeet heikentävät hedelmällisyyttä (11)	Muun muassa kokaiinilla ja opiaateilla pitkäaikaisia vaikutuksia hedelmällisyyteen ja seksuaaliseen kyvykkyyteen (11)	Muun muassa kokaiinilla ja opiaateilla pitkäaikaisia vaikutuksia hedelmällisyyteen ja seksuaaliseen kyvykkyyteen, säännöllinen kannabiksen käyttö vähentää testosteronituotantoa ja siten siittiöiden liikkuvuutta (11)
<b>Stressi</b>	Heikentää hedelmällisyyttä (11)	Hormonitasapainon muutokset vaikuttavat hedelmällisyyteen (11)	Hormonitasapainon muutokset vaikuttavat hedelmällisyyteen (11)
<b>Sukupuolitaudit</b>	Heikentää hedelmällisyyttä (11)	Infektioista johtuvat häiriöt kroonistuvat heikentäen hedelmällisyyttä (11)	Infektioista johtuvat häiriöt kroonistuvat heikentäen hedelmällisyyttä (11)
<b>Anaboliset steroidit</b>	Heikentää miehen hedelmällisyyttä (10)		Anabolisten steroidien käyttö alentaa miehen omaa testosteronituotantoa, siittiöiden tuotanto vähenee tai jopa loppuu kokonaan, käytön lopettamisen jälkeen palautuu hitaasti vuosien aikana (10)

1. Anttila, L. 2008. Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen. *Duodecim* 124 (21), 2438–2442.
2. Ebisch, I., Thomas, C., Peters, W., Braat, D. & Steegers-Theunissen, R. 2007. The importance of folate, zinc and antioxidants in the pathogenesis and prevention of subfertility. *Human Reproduction Update* 13 (2), 163–174.
3. Gaskins, A., Colaci, D., Mendiola, J., Swan, S. & Chavarro, J. 2012. Dietary patterns and semen quality in young men. *Human Reproduction* 27 (10), 2899–2907.
4. Homan, G., Davies, M. & Norman, R. 2007. The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review. *Human Reproduction Update* 13 (3), 209–223.
5. Jaatinen, P. 2015. Sukurauhaset ja alkoholi. Teoksessa Aalto, M., Alho, H., Kii-anmaa, K. & Lindroos, L. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 208–215.
6. Jensen, T., Swan, S., Skakkebaek, N., Rasmussen, S. & Jørgensen N. 2010. Caffeine Intake and Semen Quality in a Population of 2,554 Young Danish Men. *American Journal of Epidemiology* 171 (8), 883–891.
7. Jurewicz, J., Radwan, M., Sobala, W., Ligocka, D., Radwan, P., Bochenek, M. & Hanke, W. 2014. Lifestyle Factors and Semen Quality: Role of Modifiable Risk Factors. *Systems Biology in Reproductive Medicine* 60 (1), 4351.
8. Klemetti R. 2015. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa Paananen, U., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E. & Äimälä, A. (toim.) *Kätilötyö*. 6. painos. Helsinki: Edita, 371–375.
9. Malik, S. 2009. Impact of obesity on female fertility and fertility treatment. *British Journal of Midwifery* 17 (7), 452–454.
10. Perheentupa, A. & Rönkä, R. 2009. Testosteronihoito vaarantaa siittiötuotannon. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 125 (8), 821–823.
11. Sharma, R., Biedenharn, K., Fedor, J. & Agarwal, A. 2013. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology* 11 (1), 1–15.
12. Tiitinen, A. & Koskimies A. 2015. Lihavuuden vaikutus hedelmällisyyteen. Teoksessa Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.) *Lihavuus*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 81–83.



## Seksuaali- ja lisääntymisterveyskysely

Tällä kyselyllä kartoitetaan 18–35-vuotiaiden korkeakouluopiskelijoiden seksuaali- ja lisääntymisterveysasenteita opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyö on osa laajempaa ViVa (Viisaat Valinnat) -hanketta, joka toteutetaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Tampereen ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Hankkeen yhtenä osatavoitteena on luoda edellytyksiä nuorten aikuisten lisääntymisterveyden edistämiseksi.

Kysely tehdään nimettömästi ja luottamuksellisesti. Yksittäisten opiskelijoiden tulokset eivät tule tuloksissa esiin. Vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselyn tulokset ovat luettavissa Theseuksessa syksyllä 2016.

Anna Leppänen & Essi Leskinen  
Terveystieteiden tutkimuskeskus, TAMK

### TÄYTTÖOHJEET

Lue ensin koko kysymys. Vastaa merkitsemällä rasti sopivimpaan vaihtoehtoon. Jos merkitset vahingossa väärän vaihtoehdon, mustaa koko ruutu ja rastita oikea vaihtoehto.

Esimerkiksi:

Jos olet täysin samaa mieltä väitteen ”Opiskelu on kivaa” kanssa, vastaa seuraavasti.

	täysin eri mieltä	eri mieltä	samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Opiskelu on kivaa	[ ]	[ ]	[ ]	[ X ]

**KYSYMYKSIÄ ON YHTEENSÄ 50 JA NE OVAT  
KOLMELLA SIVULLA, TÄYTÄTHÄN KAIKKI SIVUT**

2 (4)

1. **Mitä opiskelet?** koulutusala \_\_\_\_\_
2. **Sukupuoli** [ ] mies [ ] nainen
3. **Ikä** \_\_\_\_\_ vuotta
4. **Pituus ja paino** (jos et tiedä, arvioi) pituus \_\_\_\_\_ cm paino \_\_\_\_\_ kg
5. **Tupakoitko?**  
[ ] päivittäin [ ] viikoittain [ ] kuukausittain [ ] harvemmin [ ] en koskaan
6. **Nuuskaatko?**  
[ ] päivittäin [ ] viikoittain [ ] kuukausittain [ ] harvemmin [ ] en koskaan
7. **Käytätkö alkoholia?**  
[ ] päivittäin [ ] viikoittain [ ] kuukausittain [ ] harvemmin [ ] en koskaan
8. **Oletko ollut yhdynnässä?** [ ] kyllä [ ] en
9. **Onko sinulla seurustelukumppania/puolisoa?**  
[ ] ei [ ] kyllä, satunnainen/satunnaisia  
[ ] kyllä, seurustelen vakituisesti [ ] kyllä, olen avo- tai avioliitossa
10. **Mitä ehkäisykeinoa käytät/käytätte yleensä?**  
[ ] en mitään [ ] kondomia  
[ ] e-pillereitä, ehkäisyrengasta tai ehkäisylaastaria  
[ ] kondomia JA e-pillereitä, ehkäisyrengasta tai ehkäisylaastaria (tuplaehkäisy)  
[ ] jotain muuta menetelmää, mitä? \_\_\_\_\_
11. **Onko sinulla lapsia?**  
[ ] ei [ ] kyllä, montako? \_\_\_\_\_
12. **Haluatko/aiotko tulevaisuudessa hankkia lapsen tai lapsia?**  
[ ] en [ ] kyllä [ ] en osaa sanoa
13. **Mikä on mielestäsi sopiva ikä hankkia lapsia?** (vastaa molempiin sukupuolestasi riippumatta ja vastaa yhdellä ikäluvulla esim. 26v)  
miehillä \_\_\_\_\_ naisilla \_\_\_\_\_

3 (4)

**Oletko samaa vai eri mieltä seuraavien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien väittämien kanssa? (Väittämät jatkuvat vielä seuraavalla sivulla)**

		täysin eri mieltä	eri mieltä	samaa mieltä	täysin samaa mieltä
14.	Haluan huolehtia terveydestäni.				
15.	Uskon, että ruokailutottumukseni vaikuttavat siihen, pystynkö saamaan lapsia.				
16.	Olen mielestäni sopivan painoinen.				
17.	Uskon, että alipaino vaikuttaa siihen, voiko saada lapsia.				
18.	Uskon, että ylipaino vaikuttaa siihen, voiko saada lapsia.				
19.	Pidän huolta itsestäni liikkumalla säännöllisesti.				
20.	Anabolisten steroidien vaikutusta miehen hedelmällisyyteen liioitellaan.				
21.	Tupakointi voi vaikuttaa tulevien lasten terveyteen.				
22.	Tupakointi voi vaikuttaa kykyyn saada lapsia.				
23.	Alkoholinkäyttö raskauden aikana voi vaikuttaa tulevan lapsen terveyteen.				
24.	Runsas alkoholinkäyttö voi vaikuttaa kykyyn saada lapsia.				
25.	Seksuaaliterveyteni kiinnostaa minua.				
26.	Kykyni saada lapsia kiinnostaa minua.				
27.	Voin jo nyt vaikuttaa terveillä elämäntavoilla tulevien lasteni terveyteen.				
28.	Hyvällä terveydellä on merkitystä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen myös vuosien kuluttua.				
29.	Haluaisin saada lisää tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.				
30.	Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien artikkelien lukeminen (esimerkiksi lehdistä) on mielenkiintoista.				
31.	Seksuaaliopetus ja -valistus on hyödyllistä (esim. terveystiedon opetus, erilaiset kampanjat kuten Kesäkumi-kampanja)				
32.	Luotettavan terveystiedon löytäminen internetistä on mielestäni helppoa.				
33.	Saan tarvittaessa helposti tietoa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista tai ongelmista.				

		täysin eri mieltä	eri mieltä	samaa mieltä	täysin samaa mieltä
34.	Koen, että seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista on sallittua puhua julkisesti.				
35.	Seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista on helppo keskustella terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa.				
36.	Koen, että terveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelut ovat enimmäkseen naisille suunnattuja.				
37.	Kondomia on tärkeää käyttää suojautuakseen sukupuolitaudeilta.				
38.	Kondomin käyttö yhdynnässä on turhaa, jos nainen käyttää hormonaalista ehkäisyä (esim. e-pillereitä).				
39.	Sukupuolitaudit on hyvä käydä testauttamassa seksikumppanin vaihtuessa.				
40.	Seksitautitesteissä ei tarvitse käydä suojaamattoman seksin jälkeen, jos ei ole oireita.				
41.	Haluan tietää ennen suojaamattoman seksin harrastamista uuden kumppanin kanssa, onko hän käynyt sukupuolitauditesteissä.				
42.	Raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisystä huolehtiminen on kummankin osapuolen vastuulla.				
43.	Uskon, että seksitaudit voivat laskea miehen kykyä saada lapsia.				
44.	Uskon, että seksitaudit voivat laskea naisen kykyä saada lapsia.				
45.	Opiskelun, työelämään siirtymisen ja lasten hankkimisen yhteensovittaminen on vaikeaa.				
46.	Ensin opiskelut ja työpaikka, perheen perustaminen sitten kun ehtii.				
47.	Lasten hankintaa on viisasta lykätä perheen huonon rahatilanteen vuoksi.				
48.	Kolmekymppisen naisen ei ole vielä mikään kiire hankkia lapsia.				
49.	Miehen hedelmällisyys ei muutu elämän aikana.				
50.	Haluan ehdottomasti hankkia lapsia luonnollisesti, en hedelmöityshoitojen avulla.				

**Kiitos vastaamisesta!**

## Liite 3. Yhteenveto aineistossa esiintyvistä tilastollisista merkitsevyyksistä

1 (2)

Taustamuuttuja	Väittämä ja merkitsevyystaso (merkitsevyyden suunta löytyy tekstistä)
Sukupuoli	<p>14. Haluan huolehtia terveydestäni. (p=0,022*)</p> <p>15. Uskon, että ruokailutottumukseni vaikuttavat siihen, pystynkö saamaan lapsia. (p=0,003**)</p> <p>17. Uskon, että alipaino vaikuttaa siihen, voiko saada lapsia. (p=0,000***)</p> <p>18. Uskon, että ylipaino vaikuttaa siihen, voiko saada lapsia. (p=0,000***)</p> <p>20. Anabolisten steroidien vaikutusta miehen hedelmällisyyteen liioitellaan. (p=0,030**)</p> <p>21. Tupakointi voi vaikuttaa tulevien lasten terveyteen. (p=0,000***)</p> <p>23. Alkoholin käyttö raskauden aikana voi vaikuttaa tulevan lapsen terveyteen. (p=0,002**)</p> <p>25. Seksuaaliterveyteni kiinnostaa minua. (p=0,009**)</p> <p>26. Kykyäni saada lapsia kiinnostaa minua. (p=0,007**)</p> <p>27. Voin jo nyt vaikuttaa terveillä elämäntavoilla tulevien lasteni terveyteen. (p=0,003**)</p> <p>29. Haluaisin saada lisää tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. (p=0,001***)</p> <p>30. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien artikkelien lukeminen on mielenkiintoista. (p=0,000***)</p> <p>31. Seksuaaliopetus ja -valistus on hyödyllistä. (p=0,002**)</p> <p>36. Koen, että terveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelut ovat enimmäkseen naisille suunnattuja. (p=0,001***)</p> <p>37. Kondomia on tärkeää käyttää suojautuakseen sukupuolitaudeilta. (p=0,009**)</p> <p>39. Sukupuolitaudit on hyvä käydä testauttamassa seksikumppanin vaihtuessa. (p=0,000***)</p> <p>40. Seksitautitesteissä ei tarvitse käydä suojaamattoman seksin jälkeen, jos ei ole oireita. (p=0,000***)</p> <p>41. Haluan tietää ennen suojaamattoman seksin harrastamista uuden kumppanin kanssa, onko hän käynyt sukupuolitautilteteissä. (p=0,000***)</p> <p>42. Raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisystä huolehtiminen on kummankin osapuolen vastuulla. (p=0,002**)</p> <p>47. Lasten hankintaa on viisasta lykätä perheen huonon rahatilanteen vuoksi. (p=0,029*)</p>
Luokiteltu ikä	<p>46. Ensin opiskelut ja työpaikka, perheen perustaminen sitten kun ehtii. (p=0,030*)</p> <p>47. Lasten hankintaa on viisasta lykätä perheen huonon rahatilanteen vuoksi. (p=0,005**)</p>
BMI	<p>16. Olen mielestäni sopivan painoinen. (p=0,000***)</p> <p>19. Pidän huolta itsestäni liikkumalla säännöllisesti. (p=0,032*)</p> <p>41. Haluan tietää ennen suojaamattoman seksin harrastamista uuden kumppanin kanssa, onko hän käynyt sukupuolitautilteteissä. (p=0,007**)</p>
Tupakointi	<p>14. Haluan huolehtia terveydestäni. (p=0,000***)</p> <p>15. Uskon, että ruokailutottumukseni vaikuttavat siihen, pystynkö saamaan lapsia. (p=0,046*)</p> <p>19. Pidän huolta itsestäni liikkumalla säännöllisesti. (p=0,002**)</p> <p>21. Tupakointi voi vaikuttaa tulevien lasten terveyteen. (p=0,017*)</p> <p>27. Voin jo nyt vaikuttaa terveillä elämäntavoilla tulevien lasteni terveyteen. (p=0,002**)</p> <p>28. Hyvällä terveydellä on merkitystä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen myös vuosien kuluessa. (p=0,012*)</p> <p>29. Haluaisin saada lisää tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. (p=0,014*)</p>

Taustamuuttuja	Väittämä ja merkitsevyystaso (merkitsevyyden suunta löytyy tekstistä)
Nuuskaaminen	<p>30. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien artikkelien lukeminen on mielenkiintoista. (p=0,006**)</p> <p>36. Koen, että terveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelut ovat enimmäkseen naisille suunnattuja. (p=0,027*)</p> <p>42. Raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisystä huolehtiminen on kummankin osapuolen vastuulla. (p=0,027*)</p>
Alkoholin käyttö	<p>14. Haluan huolehtia terveydestäni. (p=0,043*)</p> <p>27. Voin jo nyt vaikuttaa terveillä elämäntavoilla tulevien lasteni terveyteen. (p=0,003**)</p>
Ehkäisy	<p>38. Kondomin käyttö yhdynnässä on turhaa, jos nainen käyttää hormonaalista ehkäisyä (esim. e-pillerit). (p=0,048*)</p>
Siviilisäät	<p>17. Uskon, että alipaino vaikuttaa siihen, voiko saada lapsia. (p=0,026*)</p> <p>18. Uskon, että ylipaino vaikuttaa siihen, voiko saada lapsia. (p=0,018*)</p> <p>26. Kykyni saada lapsia kiinnostaa minua. (p=0,005**)</p> <p>35. Seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista on helppo keskustella terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa. (p=0,022*)</p> <p>36. Koen, että terveydenhuollon seksuaaliterveyspalvelut ovat enimmäkseen naisille suunnattuja. (p=0,028*)</p> <p>38. Kondomin käyttö yhdynnässä on turhaa, jos nainen käyttää hormonaalista ehkäisyä (esim. e-pillerit). (p=0,000***)</p> <p>39. Sukupuolitaudit on hyvä käydä testaattamassa seksikumppanin vaihtuessa. (p=0,020*)</p> <p>50. Haluan ehdottomasti hankkia lapsia luonnollisesti, en hedelmöityshoitojen avulla. (p=0,013*)</p>
Halu saada lapsia	<p>14. Haluan huolehtia terveydestäni. (p=0,000***)</p> <p>16. Olen mielestäni sopivan painoinen. (p=0,005**)</p> <p>19. Pidän huolta itsestäni liikkumalla säännöllisesti. (p=0,000***)</p> <p>21. Tupakointi voi vaikuttaa tulevien lasten terveyteen. (p=0,006**)</p> <p>25. Seksuaaliterveyteni kiinnostaa minua. (p=0,002**)</p> <p>26. Kykyni saada lapsia kiinnostaa minua. (p=0,000***)</p> <p>27. Voin jo nyt vaikuttaa terveillä elämäntavoilla tulevien lasteni terveyteen. (p=0,019*)</p> <p>30. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien artikkelien lukeminen on mielenkiintoista. (p=0,004**)</p> <p>35. Seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista on helppo keskustella terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa. (p=0,011*)</p> <p>42. Raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisystä huolehtiminen on kummankin osapuolen vastuulla. (p=0,023*)</p> <p>46. Ensin opiskelut ja työpaikka, perheen perustaminen sitten kun ehtii. (p=0,020*)</p> <p>48. Kolmekymppisen naisen ei ole vielä mikään kiire hankkia lapsia. (p=0,002**)</p> <p>50. Haluan ehdottomasti hankkia lapsia luonnollisesti, en hedelmöityshoitojen avulla. (p=0,001***)</p>